

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO – FACE
CURSO PEDAGOGIA – FORMAÇÃO DE PROFESSORES
PARA AS SÉRIES INICIAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL –
PROJETO PROFESSOR NOTA 10**

**ISABEL GUIMARÃES SOUZA
JUAREZ GOMES PEREIRA
LUZIA CLARA ALGARTE**

**HIPERATIVIDADE: UMA PROBLEMÁTICA
DA SALA DE AULA**

Brasília, 2005.

ISABEL GUIMARÃES SOUZA
JUAREZ GOMES PEREIRA
LUZIA CLARA ALGARTE

HIPERATIVIDADE: UMA PROBLEMÁTICA DA SALA DE AULA

Trabalho apresentado ao Centro
Universitário de Brasília – UniCEUB como
parte das exigências para conclusão do
Curso de Pedagogia – Formação de
Professores para as Séries Iniciais do
Ensino Fundamental – Projeto professor
Nota 10.

Orientadora: Cássia Maria Salim

Brasília, 2005.

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a todas as crianças portadoras de TDAH, que muitas vezes são rotuladas, incompreendidas e mesmo discriminadas nas escolas e na sociedade, devido ao pouco conhecimento que as pessoas têm sobre o assunto.

Assim, como aprendemos muito ao desenvolvermos esse trabalho, temos a esperança de que muitas pesquisas sejam realizadas na busca de uma cura possível ao transtorno.

AGRADECIMENTOS

O nosso primeiro agradecimento é ao criador, pela vida e pela força de mostrar-nos que nunca é tarde para concretizarmos os nossos objetivos.

A nossa família que nos apoiou e nos compreendeu nas nossas ausências do lar, quando a nossa presença se fazia necessária, o nosso muito obrigado!

Agradecemos a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para que pudéssemos tornar realidade nosso grande sonho, que nos realiza tanto pessoal como profissionalmente.

Um agradecimento especial à professora Cássia pelo seu interesse e paciência em nos acompanhar, orientando-nos durante toda a realização do trabalho de Conclusão de Curso.

A todos os professores que nos possibilitaram perceber o verdadeiro sentido do ensinar e aprender.

Obrigado a todos vocês!

HIPERATIVIDADE: UMA PROBLEMÁTICA NA SALA DE AULA

SOUZA, Isabel, Guimarães; PEREIRA, Juarez Gomes; ALGARTE, Luzia Clara;
SALIM, Cássia Maria Ramalho (Orientadora)

Curso de Pedagogia – Projeto Professor Nota 10 - FACE-UNICEUB

No contexto escolar é comum, ouvir queixas dos professores a respeito do comportamento de crianças que apresentam o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. O número de crianças que são consideradas com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade, parece aumentar a cada dia, sendo considerado que 3% a 5% de crianças em idade escolar, apresentam um conjunto de características ou sintomas que comumente é denominado de hiperatividade. Este transtorno causa mudanças fundamentais no comportamento, interferindo no processo interacional e educacional das crianças e adolescentes. Este estudo tem como objetivo, esclarecer as dúvidas referentes a estes comportamentos e as suas conseqüências na sala de aula. Conhecer a realidade da criança e do adolescente que apresenta este transtorno no contexto escolar. A metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa através de entrevistas com profissionais da educação. A análise do relato verbal destas entrevistas foi realizada. Os resultados apontam que muitos dos professores e profissionais desconhecem quais os comportamentos que são acarretados por este transtorno, confundindo com comportamentos indisciplinados e por questão de falta de limites. A conclusão indica é que o professor deve conhecer quais os comportamentos que são acarretados pelo transtorno do déficit de atenção. É necessário saber distinguir de outros comportamentos que acarretam o desajustamento na sala de aula, para saberem encaminhar para avaliação e intervenção psicopedagógica, além de modificar suas crenças para ajustar sua prática pedagógica à necessidade destes alunos.

Palavras Chaves: Desadaptação Escolar. Hiperatividade. Transtorno do Déficit de Atenção.

SUMÁRIO

Hiperatividade: Uma problemática da sala de aula	7
O transtorno do déficit de atenção com hiperatividade: concepções teóricas	9
O transtorno do déficit de atenção com hiperatividade historicamente descrito	14
Estudos sobre as causas do transtorno do déficit de atenção com hiperatividade	16
O transtorno do déficit de atenção no contexto escolar	18
Filhos com transtorno do déficit de atenção e os pais	26
A importância da inclusão para os portadores de necessidades especiais	30
Diagnóstico do transtorno do déficit de atenção com hiperatividade e tratamento	32
Tratamento	35
Referencial metodológico	39
Sujeitos	39
Caracterização dos Sujeitos	39
Análise dos resultados	42
Considerações Finais	64
Relação de tabelas	66
Referencial bibliográfico	67

HIPERATIVIDADE: UMA PROBLEMÁTICA DA SALA DE AULA

O Transtorno do Déficit de Atenção, denominado pelo DSM-IV (1994) com a sigla de TDA, se divide em transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e Transtorno do Déficit de Atenção sem Hiperatividade (TDAH).

As duas formas do transtorno de atenção mencionadas estão presentes na sala de aula, interferindo no processo de ensino-aprendizagem. Entretanto, este estudo refere-se a forma do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade.

No que diz respeito aos estudos sobre o Transtorno do Déficit de Atenção (TDAH), não devemos considerar como estivéssemos diante de uma deficiência mental, mas sim diante de um comportamento peculiar do indivíduo que é responsável por suas características e por seus desacertos.

O número de crianças que são consideradas com *Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)* parece aumentar a cada dia. A literatura aponta que de 3% a 5% de crianças em idade escolar, apresentam um conjunto de características ou sintomas que comumente é denominado de hiperatividade. Apesar de vários estudos já realizados, sobre as características, sobre o fracasso escolar, sobre a intervenção médica, psicológica e educacional, ainda não há um consenso sobre o que causa este transtorno. Considera-se que existam influências de fatores genéticos e ambientais. (Salim, 2004).

O comportamento observado em crianças com TDAH demonstra a desatenção, atividade motora intensa e impulsividade. Para o diagnóstico do TDAH é importante contextualizar os sintomas e as características que apresenta na história de vida da criança dentro da família e na escola.

Os sintomas e características do Déficit de Atenção muitas vezes podem ser observados já na primeira infância. Mas por circunstâncias do desenvolvimento mental o déficit torna-se mais óbvio em situações que exigem a atividade mental mais complexa. Por isso, muitos casos de TDAH não são percebidos até o início da fase escolar, momento em que os problemas parecem multiplicar-se, conforme alguns autores (Goldstein, 1998; Rohde, 1999; Silva, 2003).

É comum, no contexto escolar, ouvir queixas dos professores, como também empiricamente constatado, a respeito do comportamento de crianças que apresentam TDAH. Geralmente os alunos considerados hiperativos interrompem o professor nos momentos menos propícios, não conseguem manter-se sentados na sala de aula, não demonstram atitude concentrada nas atividades, não concluem as tarefas, perturbando a dinâmica de sala de aula. Da mesma forma é comum eles serem denominados pelos professores, colegas e profissionais da área de educação com adjetivos – as vezes pejorativos – como: “diabinhos”, “avoados”, “problemáticos”, “indisciplinados”.

Este transtorno causa mudanças fundamentais no comportamento da criança ou do adolescente, afetando a interação com pessoas com as quais convive. Pode levar à dificuldades emocionais, comprometendo o relacionamento familiar e social, ocasionando um baixo desempenho escolar.

A questão do Transtorno do Déficit de Atenção de interesse nesse estudo refere-se ao fato que o TDAH interfere no processo ensino-aprendizagem, no controle disciplinar das classes das séries iniciais do ensino fundamental. Desta forma, o processo de formação do professor deve capacitá-lo a compreender e conhecer as alterações do comportamento advindas desse transtorno, com a finalidade de aperfeiçoar sua prática pedagógica e conhecer os critérios para um encaminhamento aos especialistas multidisciplinares para resolução da situação.

O objetivo deste estudo é revisão de literatura nos fundamentos teóricos desse transtorno, para colher as informações que se fazem necessárias para se ter uma visão geral do universo dos indivíduos que apresentam Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Além disso, conhecer a realidade da criança e adolescente que apresenta TDAH no contexto escolar, seu comportamento, as questões disciplinares e o respaldo que este indivíduo alcança do professor e do sistema educacional para poder auxiliá-lo na conquista de sua cidadania.

O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE: CONCEPÇÕES TEÓRICAS:

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade tem sido considerado na comunidade educacional como um dos maiores problemas que o professor enfrenta na sala de aula. O comportamento do indivíduo que apresenta TDAH atrapalha o desempenho do professor na sala de aula, compromete a realização das tarefas pelos outros alunos e principalmente impede a apreensão de conteúdos pelo indivíduo, impossibilita a inter-relação com os colegas e o torna aversivo à professores e funcionários da escola.

Entretanto o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade é usualmente confundido com outras alterações do comportamento, dificultando um diagnóstico real e consequentemente uma intervenção efetiva.

A criança que apresenta hiperatividade constitui um grande problema no ambiente familiar e escolar. A hiperatividade, segundo pesquisas (Goldestein 1998; Rief, 2005; Ballone, 2002; Coelho, 2005), é o problema mais comum nos primeiros anos de vida do indivíduo. Este distúrbio de comportamento, até o momento, não tem cura, havendo a necessidade de se procurar meios de proporcionar uma convivência mais harmoniosa possível. As conseqüências da hiperatividade, são as razões mais freqüentes que fazem com que a família busque um diagnóstico médico e consequentemente encaminhamento a especialistas no assunto.

O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade é considerado por alguns pesquisadores (Topczewski, 1999; Amaral e Guerreiro, 2001; Ballone, 2002), um problema de comportamento e para outros um transtorno mental,(Benczik, 2002; Barkley, 1987) que causam prejuízos importantes no funcionamento dos indivíduos acometidos.

Desta forma, a primeira questão deste estudo é descrever as diversas conceituações encontradas na literatura pertinente.

De acordo com Topczewski (1999), parece ser um consenso que o TDAH compromete marcadamente o comportamento do indivíduo, embora tenha um conjunto de sintomas que não tem uma definição consensual. Este autor considera então que a hiperatividade, como é comumente chamado o TDAH,

constitui em um desvio de comportamento, o qual apresenta características tais como: excessivas mudanças de atitudes e atividades, inconsistência na realização de tarefas. Portanto, o que considera este autor, é que o transtorno compromete a capacidade do indivíduo de se manter quieto num tempo mínimo o que o impede de desenvolver as atividades comuns do seu dia-a-dia. Consequentemente estes indivíduos são freqüentemente considerados inconvenientes.

Para Rohde e Benczik (1999) o TDAH é um problema de saúde mental caracterizado por desatenção, agitação e impulsividade. Este transtorno tem um grande impacto na vida da criança ou do adolescente e também na vida das pessoas com as quais convive (amigos, pais, professores). Além de um baixo desempenho escolar, pode levar a dificuldades emocionais, de relacionamento familiar e social.

Goldstein e Goldstein (2000) considera que o relacionamento social e familiar do indivíduo com TDAH é prejudicado muitas vezes pelo seu comportamento inconstante e imprevisível, como a desatenção, a agitação, o excesso de atividade, a emotividade, a impulsividade, dentre outros. O desenvolvimento da personalidade e o progresso na escola, segundo esse autor, são afetados de forma negativa. Uma criança com este transtorno pode ser excessivamente ativa ou insuficientemente atenta.

Ainda segundo o autor, existem outros problemas da infância que são claramente definidos com causas e características bem estabelecidas. A hiperatividade, por outro lado, apresenta o déficit do nível de atenção, comprometimento da atividade e impulsividade o que pode ser determinado tanto pelo temperamento, como originado pela solicitação feita à criança no ambiente em que vive.

Para o autor a hiperatividade pode ser considerada, como um distúrbio de interação. Não quer dizer que uma criança desatenta nunca presta atenção, que uma criança impulsiva nunca planeja uma ação ou que uma criança agitada nunca ficará sentada Mas este comportamento é característico da hiperatividade, leva a um desempenho incompatível. Essa maneira de agir provoca contínuas frustrações.

Na definição de Mattos (2001), as pessoas que apresentam o Déficit de Atenção com Hiperatividade são inquietas, ou seja, não conseguem permanecer paradas ou sossegadas por muito tempo. Não suportam coisas monótonas e repetitivas. São impulsivas nas tarefas e na convivência no seu dia-a-dia. São indivíduos inconstantes, trocando de interesses e planos a toda hora. Apresentam imensa dificuldade em concluir uma tarefa. Parecem estar sempre pensando em outra coisa.

Estas características conforme vários autores (Goldstein, 1999; Amaral e Guerreiro, 2001, Borges, 2005; Mattos, 2001; Reif, 2005) ocasionam dificuldades na vida acadêmica. As queixas começam na escola, prolongando na vida profissional, social e familiar.

Strauss colaboradores (1993) consideram que o comportamento irritado e o comprometimento na atividade motora acaba sendo considerado como resultado de lesão cerebral.. Esta talvez tenha sido a primeira causa descrita nos estudos iniciais sobre o transtorno do déficit de atenção.

Entretanto, segundo Safer e Allen (1979) mais de 95% das crianças com TDAH não apresentam indício algum de lesão anatômica cerebral e consideram o transtorno como uma síndrome comportamental, onde a principal característica é a atividade motora excessiva.

Vallet (1986), coloca o TDAH como uma síndrome que engloba alterações como movimento corporal excessivo, impulsividade, atenção dispersa, inconstância nas respostas, emotividade, coordenação motora pobre, dificuldade de aprendizagem principalmente em aritmética, leitura e problemas de memória.

Velasco Fernández(1980) parte de uma perspectiva médica e de acordo com a observação clínica, considera o TDAH como uma síndrome de disfunção cerebral mínima, embora não se trate de uma entidade patológica propriamente dita. Seria então, segundo o autor uma perturbação concebida como um estado de mobilidade quase permanente desde as primeiras idades, manifestando em todos os campos. O transtorno pode causar perturbações do sono, tendência para a destruição e agressividade.

A falta de atenção, segundo o autor é o principal dos sintomas integrantes e fundamentais da síndrome. Mas aparece também a irritabilidade e impulsividade. A irritabilidade parece ser em decorrência do fracasso escolar, da

dificuldade nas interações sociais e da ineficácia da aprendizagem, do que do sintoma básico. Outros estudos apontam esta suposição (Araújo e Silva, 2003; Goldstein, 1999). Vélaco Fernández (1980) assinala também comprometimento na coordenação motora ampla e fina, presença de comportamentos repetitivos e um sintoma o qual o autor julga comportamental, e denomina de desobediência patológica. Este tipo de desobediência é entendido como incompreensão de ordens, repetição do erro e incompreensão perante o castigo. Finalmente, ele salienta as perturbações de aprendizagem a nível visuomotor como outra das características associadas ao quadro.

Benczik (2002:) define o TDAH como um problema de saúde mental, considerando-o como um distúrbio bidimensional, que envolve a atenção e a hiperatividade/impulsividade.

Para Barkley (1987) os sintomas do TDAH surgem nos primeiros anos de vida do indivíduo e apresentam características como: inquietação motora, desatenção em alguns momentos, discrepância entre o nível do desenvolvimento cognitivo e os problemas de autocontrole e imaturidade. De acordo com este autor, muitas vezes, essas crianças são identificadas como desobedientes, preguiçosas, mal-educadas e inconvenientes. Não conseguem se adaptar adequadamente ao meio em que vivem e nem corresponder às expectativas dos adultos. Por isso, o nível de estresse das pessoas que convivem com elas é sempre alto. Geralmente, pais e professores sentem-se perdidos em como lidar com elas.

Para Parolin (2005), o TDAH interfere na habilidade da pessoa de manter a atenção – especialmente em tarefas repetitivas – de controlar adequadamente as emoções e o nível de atividade, de enfrentar consequências consistentemente e, talvez o mais importante, segundo a referida autora, na habilidade de controle e inibição. Ela coloca que as pessoas com TDAH até podem saber o que deve ser feito, mas não conseguem fazer aquilo que sabem devido à inabilidade de realmente poder parar e pensar antes de reagir.

Garcia (1995) refere ao transtorno do déficit de atenção com hiperatividade, da mesma forma como descrito no DSM-IV, como condutas perturbadoras presentes nos transtornos da infância e da adolescência. São dificuldades em relação a capacidade de manter a atenção, controlar os impulsos

quando se precisa responder a uma determinada situação. O indivíduo que apresenta este tipo de problema foi classificado historicamente como portador de lesão cerebral mínima, depois portador de hipercinesia e dentro do DSM-IV como portador do Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade. Estudos e considerações recentes recomendam que não se deve usar a nomenclatura de portador, mas sim “que apresenta o déficit”, ou “com déficit”(Mittler, 2003)

Em outro sentido, vários autores (Cabral, 2005; Rief, 2005; Mattos, 2000; Blomberg, 2005) referem que crianças com TDAH, freqüentemente apresentam dificuldade de socialização e integração no seu meio ambiente, principalmente na área escolar, onde são rejeitadas e desrespeitadas pelos colegas e até mesmo pelo professor. Talvez a causa de rejeição do professor é pela falta de conhecimento sobre o transtorno, que acarreta alteração comportamental e por sentir que não está preparado para trabalhar com essas crianças, que necessitam de atenção e cuidados especiais.

É consenso entre os autores que a criança hiperativa representa um enorme desafio para pais e professores (Goldstein, 1999; Rief, 2005; Ballone, 2002; Topczewski, 1999; Maluf, 2005; Amaral e Guerreiro; 2001). Muitos desses estudos sugerem que a hiperatividade pode ser o problema mais persistente e comum da infância. Acreditam que seja persistente ou crônico porque não há cura. Os problemas e comprometimentos apresentados pela criança com TDAH devem ser administrados, dia-a-dia, durante a infância e a adolescência. Estes estudos ainda referem que possivelmente os problemas resultantes da hiperatividade estejam entre as razões mais freqüentes que justificam o encaminhamento de crianças com problemas de comportamento a médicos, psicólogos e desafiam os educadores.

O passo inicial para os pais e profissionais que cuidam desses indivíduos é o conhecimento. Quanto mais as pessoas que convivem com indivíduos hiperativos se informarem, se educarem e estudarem sobre o problema, mais eles estarão preparados para lidar com o transtorno de forma mais adequada e conseqüentemente a convivência será melhorada e bons comportamentos estimulados. (Cabral, 2005; Rief, 2005; Mattos, 2000; Blomberg, 2005; Goldstein, 1999; Ballone, 2002; Topczewski, 1999; Maluf, 2005; Amaral e Guerreiro; 2001; Pitliuk, 2005). A própria criança que apresenta este transtorno deve ser informada

de suas dificuldades, para que diminua as chances de prejudicar seu auto-conceito e ajudá-la a se organizar (Salim, 2004; Broberg, 2005).

Os estudos sobre o déficit de atenção sempre indicam que o transtorno do déficit de atenção não é um distúrbio recente, apesar de que atualmente vem preocupando os profissionais das áreas de psicologia, pedagogia e médica. Para ampliar o conhecimento sobre hiperatividade, há necessidade de verificar as descrições, causas e atendimento médico e educacional, no decorrer do tempo.

O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE HISTORICAMENTE DESCRITO

As descrições de hiperatividade como entidade nosológica começaram aparecer na metade do século XIX (Dias, 2005; Silva, 2003).

No princípio do século XX, em 1902, o pediatra George Frederick Still, proferiu várias palestras onde descrevia crianças com um conjunto de sintomas que ele denominou de “descontrole moral” por apresentarem comportamento agressivo, indisciplinado, desatento, desafiador e com grande agitação motora. Talvez tenha sido nestas palestras que tenha surgido o termo “hiperatividade” (Novais e Ruschel, 2002; Golsdtein, 1999; Rief, 2005; Dias, 2005; Silva, 2003)

Silva (2003) refere às descrições do transtorno do déficit de atenção, no decorrer do tempo, situando cronologicamente cada estudo e autor, além de elucidar conceituações, fatores etiológicos e tratamento.

Still no ano de 1902 em um estudo realizado com 20 sujeitos, concluiu que apresentavam comportamentos considerados problemáticos e que eles surgiram antes de 8 anos. Still atribuiu a responsabilidade aos pais, que conforme ele apresentavam um “defeito de controle moral”. Como mais tarde ele verificou que familiares de alguns sujeitos apresentavam transtornos, tais como depressão, dependência alcoólica e alterações de conduta, concluiu que a causa destes transtornos poderia ter causa hereditária, e portanto orgânica.

Em 1920, médicos norte americanos realizaram um estudo com crianças que apresentavam características como às descritas por Still em 1902. Muitas dessas crianças eram sobreviventes de uma epidemia de encefalite (infecção na membrana e no encéfalo) ocorrida entre 1917 e 1918. A conclusão deste grupo

de médicos foi que estas alterações de comportamento eram decorrentes da encefalite. Mesmo que, conforme Silva (2003) foi observado mais tarde, que muitas crianças apresentavam estas alterações de comportamento, sem terem sido afetadas pela encefalite, continuava o pensamento que hiperatividade era em decorrência de outro tipo de lesão cerebral. Neste momento o transtorno do déficit de atenção recebeu a denominação de “cérebro danificado ou lesionado”.

A partir da década de 50, do século XX, ainda correlacionando este conjunto de sintomas com a lesão cerebral, a nomenclatura usada foi “lesão cerebral mínima”. Como não havia sintomas clínicos que evidenciasse a lesão, passou com o tempo a ser denominado “disfunção cerebral mínima” (DCM). Passando os profissionais e pesquisadores a acreditarem que os transtornos eram por disfunções das vias nervosas e não por lesões.

Laufer em 1957 acreditava que estas alterações eram exclusivamente com crianças. Denominou então de Hiperatividade Infantil. Para ele era característico do sexo masculino e tendia a melhorar com o desenvolvimento do indivíduo.

Em 1960 utilizando o termo de “Síndrome da Criança Hiperativa”, Stella Chess acreditava em causa genética individual e não por fatores do ambiente, mas entretanto na a correlacionava à lesão do cérebro.

Na década de 70, no século XX, graças a Virgínia Douglas, as pesquisas interessaram pela dificuldade de concentração. Segundo Douglas, o déficit em manter a atenção poderia aparecer de outra forma, sem hiperatividade.

No ano de 1976 Gabriel Weiss, através de estudos em adolescentes, demonstrou que a hiperatividade tende a diminuir, mas os problemas de atenção e impulsividade persistem. A partir daí o que era considerado como patologia apenas da infância passou a ser verificada também em adolescentes e adultos.

Finalmente, no DSM-IV, versão de 1994 foi descrito oficialmente o transtorno do déficit de atenção em dois subtipos básicos e uma forma mista,. O transtorno de déficit de atenção predominante e desatento, TODA déficit de atenção predominante e hiperativo e a forma consinada em que a desatenção e a hiperatividade estão presentes. Neste manual aparece um consenso em termos diagnósticos. A saber: o transtorno ocorre em crianças, adolescentes e adultos, menos intenso porém na fase mais amadurecida; predominância da desatenção

no sexo feminino e predominância da hiperatividade em meninos; as três formas apresentam dificuldades pessoais no contexto familiar, profissional, acadêmico e social.

Um dos aspectos que é considerado no estudo do transtorno da atenção em suas diversas formas é o que refere a suas causas. Como mencionado anteriormente, parecem existir causas genéticas e aquelas determinadas pelo ambiente. No próximo item será descrito os estudos que referem as causas.

ESTUDOS SOBRE AS CAUSAS DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE

No que se refere à etiologia do transtorno do déficit de atenção Mattos (2001) acredita que não seja determinado por uma única causa. Existe a contribuição genética. Ou seja, não quer dizer que todos os membros da família apresentam tal transtorno, mas a incidência é maior em indivíduos que relatam a presença de TDAH na família. Entretanto, conforme o autor o gene responsável por este transtorno não é ainda conhecido, mas supõe-se que haja alterações em neurotransmissores como a dopamina e a noradrenalina, no lobo frontal. Este lobo, conforme o autor é responsável pela atividade atencional e por várias funções mentais denominadas de executivas (planejamento, memória), além do controle motor do corpo.

Entretanto, conclui Mattos (2003) a hereditariedade ou alterações genéticas não parecem ser os únicos determinantes etiológicos do transtorno da atenção. A predisposição hereditária e ou genética pode ser efetivada pelos fatores externos, os causados pelo ambiente. Sobre estes fatores externos, várias suposições foram feitas. Contribuições da alimentação (aditivo alimentares, os corantes e conservantes, excesso de açúcar); excesso de luz fluorescente; falta de vitaminas e problemas de tireóide. Os estudos sobre estes fatores como causa, conforme o autor, não foram conclusivos. Atualmente estão sendo considerados o cigarro e o álcool na gestação e complicações na hora do parto, como importantes fatores para o aparecimento do TDAH.

Na mesma perspectiva, Topczewski (1999) esclarece que existem um grande número de fatores causais que podem comprometer o funcionamento

cerebral de uma criança. Na gestação e parto, contrações uterinas prolongadas no final da gravidez e na hora do nascimento, as dificuldades para iniciar a respiração por si próprio. Estes acontecimentos que se apresentam rotineiramente podem provocar alterações no tecido cerebral, lesionando o sistema nervoso, acarretando problemas futuros.

Goldstein e Goldstein (2000) esclarecem que entre as décadas de 60 e 70 do século XX, os traumas do parto foram considerados como causas, respondendo à necessidade dos pais de uma explicação para o comportamento alterado de seus filhos. Esta justificativa diminuía ou desvanecia a culpa dos pais, por se acharem responsáveis pelas atitudes da criança. Seria, portanto, necessário maiores cuidados durante o parto para se evitar o aparecimento destes transtornos. O parto então passou a ser profundamente analisado, procurando evidenciar até que ponto os problemas surgidos no nascimento eram responsáveis pelo transtorno.

Vários estudos (Topczewski, 1999; Goldstein, 1999; Mattos, 2001) vieram mostrar que os problemas do parto não tinham tanta importância quando se tratava de TDAH.

Ainda segundo Goldstein (2000) algumas doenças podem acarretar comportamentos relacionados aos sintomas do TDAH, como gripes, tosse, inflamação nas amígdalas, febre. Conforme ele, estas doenças ou sintomas podem provocar a desatenção e a distração e uma vez cessada a doença, com ela desaparece também os problemas comportamentais.

Para o referido autor, crianças que fazem uso de medicação anticonvulsivante, como por exemplo o fenobarbital, podem apresentar comportamentos hiperativos que desaparecerão com a suspensão da medicação.

O autor considera ainda que a presença de muitas e distintas substâncias da dieta alimentar possam provocar ou piorar o TDAH, por isso existem várias discussões em torno do assunto mostrando que uma mudança na alimentação produziria melhoras consideráveis. Em função de não se ter conseguido provar que a supressão de determinado alimento produz alterações clínicas esta teoria não foi muito aceita, concluindo-se que o regime alimentar não tem efeito significativo sobre o TDAH.

Várias pesquisas (Topczewski, 1999; Ballone, 2002, Mattos, 2001) também têm mostrado que grande número de crianças com TDAH apresentaram anteriormente dez ou mais infecções de ouvido quando comparadas a outro grupo semelhante mas que não possuíam o transtorno. Faz-se necessário estudos adicionais para se considerar esta relação – infecção de ouvido e TDAH.

De acordo Parolin (2005), o TDAH é um transtorno neurobiológico. Ela acredita que apesar da intensidade dos problemas experimentados pelos indivíduos que apresentam TDAH variar de acordo com suas experiências de vida, a genética é o fator básico na determinação dos sintomas do referido transtorno.

As pesquisas (Cabral, 2005; Rief, 2005, Mattos, 2000; Topczewski, 1999) provaram que o fator hereditariedade é determinante no aparecimento do TDAH, através de estudos das famílias, mostrando que um indivíduo portador do transtorno tem uma probabilidade quatro vezes maior de possuir outros membros da família com o mesmo problema.

De acordo Goldstein (2000), as lesões cerebrais, muitas vezes produzem problemas de comportamento parecidos com os do TDAH, como as lesões do lobo frontal que aumentam a impulsividade. Danos em quaisquer porções do cérebro podem diminuir a atenção e a concentração.

Seja qual for a causa, as alterações comportamentais decorrentes do transtorno da atenção podem prejudicar o desempenho escolar. No próximo item, portanto será abordado o contexto escolar.

O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO NO CONTEXTO ESCOLAR

Conforme vários autores (Goldestein, 1998; Topczewski, 1999; Ballone, 2002; Coelho, 2005; Amaral e Guerreiro, 2001), crianças que apresentam Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, geralmente são dispersas e desatenciosas, características estas que prejudicam o desempenho escolar. O indivíduo que apresenta esse tipo de transtorno que não demonstram dificuldades na aprendizagem realiza as tarefas em tempo hábil ou até mais rápido que os colegas. No tempo livre incomoda os demais alunos da classe, porque não

consegue ficar quieto, esperando pelos outros. Tais comportamentos certamente perturbam o ambiente da aula gerando um clima de insatisfação geral. Os demais alunos reclamam das atitudes do colega. O professor interfere em defesa dos alunos ou por atrapalhá-lo no seu desempenho. Estas reações por sua vez, provocam uma reação agressiva do aluno.

É comum comprometimento mnemônico (Goldstein, 1998, Topczewski, 1999) em indivíduos que apresentam o transtorno do déficit de atenção, em qualquer de suas formas. Por não atentarem adequadamente ao estímulo, por dificuldade de selecioná-lo ou por não manterem o nível de atenção, as informações não são retidas. As lacunas na aprendizagem aparecem, provocando baixo rendimento escolar.

Vários estudos indicam (Goldstein, 1998; Topczewski, 1999; Ballone, 2002; Coelho, 2005; Amaral e Guerreiro, 2001), que o transtorno da atenção prejudica a vida acadêmica do aluno levando ao fracasso escolar.

Por outro lado, como vários estudos apontam (Goldstein, 1998; Topczewski, 1999; Ballone, 2002; Coelho, 2005; Amaral e Guerreiro, 2001), o baixo rendimento escolar acarreta transtorno na dinâmica familiar. Ao repertório de queixas e repreensões da família a estes indivíduos principalmente na infância e muitas vezes na adolescência, soma-se o desgosto pelo fracasso escolar. Consequentemente a auto-estima da criança diminui, os conflitos aparecem. Não é raro a presença de depressão infantil e na adolescência em decorrência destes conflitos e baixa auto-estima.

Outra decorrência da baixa auto-estima (Mattos, 2001; Rief, 2005; Coelho, 2005; Goldstein, 1998), é o determinismo do fracasso escolar. O aluno passa a não se considerar capaz de aprender e não investe na situação de ensino-aprendizagem. O desinteresse pelo que é apresentado em sala de aula torna-se constante.

De acordo com Goldstein (1998), cerca de 20% a 30% das crianças com este transtorno apresentam dificuldades específicas que prejudicam o seu aprendizado. Apresentam dificuldades em relação à motivação, dificuldades de assimilar conteúdos teóricos, baixa concentração, dentre outros.

Segundo Benczik (2002) a desatenção ao comprometer o desempenho acadêmico da criança, manifesta-se pela caligrafia desleixada, erros grosseiros e

desorganização na escrita e nos apontamentos. Por outro lado, as crianças com transtorno de atenção em qualquer de suas formas apresentam comportamentos no que diz respeito às relações e interações sociais. O comprometimento nas inter-relações dificulta a realização das atividades na classe. O professor diante disso é levado a adotar comportamentos que afetam toda a classe.

Uma das características do TDAH mais comum decorrente das alterações comportamentais é a dificuldade que encontram em concluir tarefas. Nas atividades cotidianas e em sala de aula (Goldestein, 1998; Benczik, 2002; Topczewski, 1999; Ballone, 2002; Coelho, 2005; Amaral e Guerreiro, 2001). Evidentemente o não concluir as tarefas conduz a baixa produtividade acarretando prejuízos em termos de conteúdos teóricos. (Benczik, 2002; Goldstein, 1998; Ballone, 2002).

Benczik (2002), ao considerar acerca de qualidades da escola que seja efetiva para o indivíduo com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade, acredita que a escola deve respeitar diferenças e levar em conta o desenvolvimento global do indivíduo. Deve-se também estimular a criatividade e despertar a motivação.

Não é por acaso que vários autores (Goldestein, 1998; Topczewski, 1999; Ballone, 2002; Coelho, 2005; Amaral e Guerreiro, 2001), apontam que as dificuldades são observadas logo no início da vida escolar. É neste momento que atenção a estímulos é mais exigida e observam as alterações comportamentais e as queixas dos professores começam a surgir: perturbação da sala, desatenção, interrupção das tarefas e estado de alheamento.

Muitos autores apontam também como características do indivíduo com transtorno da atenção, a impaciência e a desobediência às regras (Cabral, 2005; Mattos, 2000; Blomberg, 2005; Rief, 2005; Maluf, 2005). Tais comportamentos conforme estes autores conduzem a um ambiente conflituoso na sala de aula. A impulsividade que é o distúrbio que leva a estas características, ocorre preferencialmente no transtorno de atenção com hiperatividade. Mas pode ocorrer em alguns indivíduos que tenham o transtorno do déficit de atenção predominantemente desatento.

O resultado dessa impulsividade aparece também em comportamentos muitas vezes considerados hostis. Ou seja, os indivíduos com o transtorno de

déficit de atenção quando apresentam a impulsividade, não conseguem pensar antes de falar. Respondem ou intervêm inapropriadamente em momentos inoportunos. Por isso são consideradas comumente, principalmente por professores que não conhecem o seu distúrbio, como insensível, agressiva e inoportuna. Tais julgamentos mais uma vez conduzem a diminuição do nível de auto-estima desses indivíduos (Cabral, 2005; Mattos, 2000; Blomberg, 2005; Rief, 2005; Maluf, 2005).

Por tudo o que vem sendo dito sobre o comportamento desses indivíduos no contexto escolar, observa-se que apresentam necessidades educacionais especiais. Não propriamente de adequação curricular em termos de conteúdo programático de acordo com sua potencialidade. Mas suas necessidades educacionais especiais consistem, como aponta alguns autores (Goldstein, 1998, Mattos, 2001; Topczewski, 1999; Rohde e Benczik, 1999), que o professor tenha conhecimento do seu transtorno, das suas características comportamentais e a partir daí conduza sua prática pedagógica no sentido de evitar sua baixa auto-estima, com estratégias voltadas para captar sua atenção e com adequações de tarefas, tempo, espaço que favoreçam o término de suas atividades

Em outro sentido, alguns autores apontam (Goldstein, 1998; Mattos, 2001; Topczewski, 1999) que o TDAH é geralmente confundido com a indisciplina característica de crianças que não respeitam os limites, por não terem aprendido ou por serem superprotegidas pelos pais. Os autores consideram que esta diferença se reveste de uma sutileza extrema, dificultando o processo diagnóstico comportamental e educacional

Outros autores (Cabral, 2005; Blomberg, 2005; Rief, 2005; Maluf, 2005).indicam, por outro lado, ao considerarem a respeito dos comportamentos demonstrados por esses indivíduos como o transtorno da atenção, algumas conseqüências de natureza psicológica. Ou seja, a impulsividade, a agressão, a inabilidade social, como foi visto, provoca a rejeição desses indivíduos em vários contextos, familiar, escolar e no âmbito maior na sociedade. Ao se sentir rejeitada a criança, o adolescente, pode evitar deliberadamente a relação com outras pessoas – amigas, familiares, professores, comprometendo a interação social que constitui em um fator benéfico ao seu desenvolvimento. Pode ser inclusive que assuma comportamento submisso, introspectivo, com medo de se expor. Busca

então refúgio no isolamento, procurando não participar de atividades em grupo ou outras em que o evidencie. Deste comportamento assumido pode desenvolver transtorno de humor. A depressão é o mais comum. Mas pode também apresentar fobia social, ansiedade, síndrome do pânico ou ainda transtorno obsessivo compulsivo.

Para Safer e Allen (1979) o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade não consiste apenas em questões comportamentais. Pelo comprometimento atencional que apresentam acabam surgindo os problemas de aprendizagem. Cabe ao professor, como sugerem estes autores, estar atento a estes dois aspectos, mas devendo priorizar a aprendizagem. Como esses autores concluem, o aluno tendo sucesso no desempenho acadêmico terá modificações positivas no seu comportamento. Valorizar os comportamentos adequados em lugar de criticar demasiadamente os inadequados é uma estratégia sugerida por Safer e Allen (1979).

Segundo Parolin (2005), as crianças que apresentam o TDAH, na maioria das vezes até sabem o que deveriam fazer; como cumprimento das tarefas escolares, atenção em sala de aula, ficar sentadas nos momentos de trocas de conhecimentos, mas ao invés disso, levantam-se constantemente, não prestam atenção às aulas e não cumprem com as tarefas, em razão da impulsividade, falta de atenção e hiperatividade característicos da síndrome.

Para a referida autora o TDAH não afeta a inteligência da criança, mas a sua aprendizagem. Muitas crianças e adolescentes que apresentam o transtorno, possuem uma excelente condição de aprendizagem, apesar de realizar produções escolares medíocres em algumas situações. Como por exemplo em sala de aula, dado um exercício com seqüência de operações, muito possivelmente ela consiga realizar as primeiras questões e depois não lembra do que leu e afirma não ter entendido para responder as subsequentes. Se for impulsivo, responde algo que lhe vem na mente naquele momento; ao ler um livro pode ser que depois de ter lido uma dez páginas não saiba do que está tratando. Em uma avaliação escrita, poderá responder às questões da página e entregar sem perceber que continuava na parte de trás da folha. Basta qualquer ruído para a criança ou o adolescente perder a concentração. E a criança quando se dá conta, já fez o que prometeu não fazer.

A autora coloca que em casa os indivíduos com este transtorno necessitam de ajuda para fazer as lições, têm suas coisas em desordem, não sabem o que é para fazer ou estudar, levantam para pegar um copo de água e não volta para suas tarefas...

Nesse cenário, o insucesso escolar fica vinculado à compreensão que se tem do papel da escola. Se o papel da escola é construir o conhecimento com todos os alunos, certamente os profissionais que nela atuam procurarão formas de promover a aprendizagem. A rigidez da escola pode gerar nesses indivíduos que apresentam o TDAH, o sentimento de incapacidade, uma situação emocional desfavorável à aprendizagem e baixa auto-estima.

Para Parolin (2005) não basta apenas ter um diagnóstico adequado e nem a escola procurar estratégias metodológicas para que a criança ou o adolescente consiga aprender e instrumentalizar academicamente. Segundo ela, é necessário uma reunião entre professores, os profissionais da área de saúde e a família para que seja traçada, para cada caso, uma linha de ação em que estejam tarefas para a escola, para a família e para os profissionais. A escola assume o papel pedagógico do processo, no entanto, respaldada pelos profissionais que atendem as crianças e validada pelos pais.

A autora exemplifica algumas intervenções específicas que o professor poderá fazer para ajudar a criança com TDAH a se ajustar melhor à sala de aula:

- Proporcionar estrutura, organização e constância;
- colocar a criança perto de colegas que não o provoquem;
- encorajar freqüentemente, elogiar e ser afetuoso, porque essas crianças desanimam facilmente. Dar responsabilidades que elas possam cumprir faz com que se sintam necessárias e valorizadas. Começar com tarefas simples e gradualmente mudar para mais complexas;
- proporcionar um ambiente acolhedor, demonstrando calor e contato físico de maneira equilibrada e, se possível, fazer os colegas também terem a mesma atitude;
- Nunca provocar constrangimento ou menosprezar o aluno;
- proporcionar trabalho de aprendizagem em grupos pequenos e favorecer oportunidades sociais. Grande parte das crianças com TDAH conseguem

melhores resultados acadêmicos, comportamentais e sociais quando no meio de grupos pequenos;

- comunicar-se com os pais. Geralmente, eles sabem o que funciona melhor para o seu filho;
- ir devagar com o trabalho. Doze tarefas de cinco minutos cada uma traz melhores resultados do que duas tarefas de meia hora. Mudar o ritmo ou o tipo de tarefa com frequência elimina a necessidade de ficar enfrentando a inabilidade de sustentar a atenção, e isso vai ajudar a auto-percepção;
- favorecer oportunidades para movimentos monitorados, como uma ida à secretaria, levantar para apontar o lápis, levar um bilhete para o professor, regar as plantas;
- adaptar suas expectativas quanto à criança, levando em consideração as deficiências e inabilidades decorrentes do TDAH. Por exemplo, se o aluno tem um tempo de atenção muito curto, não esperar que ele se concentre em apenas uma tarefa durante todo o período da aula;
- recompensar os esforços, a persistência e o comportamento bem sucedido ou bem planejado;
- proporcionar exercício de consciência e treinamento dos hábitos sociais da comunidade. Avaliação freqüente sobre o impacto do comportamento da criança sobre ela mesma e sobre os outros ajuda bastante;
- favorecer freqüentemente contato aluno/professor. Isto permite um “controle” extra sobre a criança com TDAH, ajuda-a a começar e continuar a tarefa, permite um auxílio adicional e mais significativo, além de possibilitar oportunidades de reforço positivo e incentivo para um comportamento mais adequado;
- colocar limites claros e objetivos; ter uma atitude disciplinar equilibrada e proporcionar avaliação freqüente, com sugestões concretas e que ajudem a desenvolver um comportamento adequado;
- assegurar que as instruções sejam claras, simples e dadas uma de cada vez, com o mínimo de distrações;
- evitar segregar a criança que talvez precise de um canto isolado com biombo para diminuir o apelo das distrações; fazer do canto um lugar de recompensa para atividades bem feitas em vez de um lugar de castigo;

- desenvolver um repertório de atividades físicas para a turma toda, como exercícios de alongamento ou isométricos;
- reparar se a criança se isola durante situações recreativas barulhentas. Isso pode ser um sinal de dificuldade de coordenação ou auditivas que exigem uma intervenção adicional;
- preparar com antecedência a criança para as novas situações. Ela é muito sensível em relação às suas deficiências e facilmente se assusta ou se desencoraja;
- desenvolver métodos variados utilizando apelos sensoriais diferentes (som, visão, tato) para ser bem sucedido ao ensinar uma criança com TDAH. No entanto, quando as novas experiências envolvem uma miríade de sensações (sons múltiplos, movimentos, emoções ou cores), esse aluno provavelmente irá precisar de tempo extra para completar sua tarefa;
- Não ser mártir! Reconhecer os limites da sua tolerância e modificar o programa da criança com TDAH até o ponto de se sentir confortável. O fato de fazer mais do que realmente quer fazer traz ressentimento e frustração;
- permanecer em comunicação constante com o psicólogo ou orientador da escola, os pais e o médico.

Crianças com TDAH estão sujeitas ao fracasso escolar, a dificuldades emocionais e a um desempenho significativamente negativo como adulto quando comparadas a seus colegas. No entanto, a identificação precoce do problema, seguida de tratamento adequado tem demonstrado que essas crianças podem vencer os obstáculos.

Neste item foi visto que o comportamento do indivíduo com hiperatividade prejudica seu desempenho escolar, atrapalha sua capacidade de interagir socialmente. Entretanto outro ponto a considerar é a família. Depositária da importância e frustração diante dos distúrbios. Assim, no próximo item será abordado a relação da criança com TDAH e sua família na perspectiva de estudos que examinam esta relação e sugerem orientações aos pais.

FILHOS COM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E OS PAIS

Os estudos que avaliam a relação familiar no transtorno do déficit de atenção sempre mencionam as queixas dos pais à respeito de como é difícil e conturbado o relacionamento e a dinâmica familiar. Ocasionalmente de prazer e convívio são transformados em tensão e tumulto. Os pais comumente não sabem o que fazer diante destas situações. Parece não haver uma fórmula, uma maneira eficaz. Os autores entretanto, recomendam algumas atitudes que ao serem adotadas pelas famílias podem vir amenizar a situação e muitas vezes alcançam modificações no comportamento satisfatório. Uma das primeiras estratégias sugeridas em quase todos os estudos (Goldstein, 1998; Topczewski, 1999, Mattos, 2001; Maluf, 2005, Amaral e Guerreiro, 2001) é a conscientização dos pais que a relação com seus filhos deve estar sempre em busca da harmonia, retirando da dinâmica familiar o desafio e a oposição.

Vários autores (Goldstein, 1998; Topczewski, 1999, Maluf, 2005) afirmam que os pais geralmente queixam do relacionamento difícil com seus filhos. Suas queixas consistem em caracterizar a relação como desgastante. Os momentos que poderiam ser de relação prazerosa, muitas vezes como dizem alguns autores (Cabral; 2005; Rief, 2005; Mattos; 2000) transformam-se em relações tensas e tumultuadas. Por outro lado, os estudos (Goldstein, 1998, Rief, 2005; Ballone, 2002, Topczewski, 1999) fazem questão de considerar que não existem receitas prontas para contornar este tipo de situação. Entretanto, apontam algumas condutas que podem auxiliar a relação estabelecida entre pais e filhos, o que vai ainda acarretar mudanças no comportamento do indivíduo com déficit de atenção. Conforme (Rohde e Benczik, 1999, Goldstein, 1998) vale salientar que estas estratégias só funcionaram quando o relacionamento familiar for o melhor possível e o desafio e oposição à criança quase não existir.

Rodhe e Benczik (1999), consideram que é importante que a família entenda que a criança está tendo dificuldades não porque é ruim ou teimosa, mas porque o TDAH, leva a agir diferentemente do esperado.

Rodhe e Benczik (1999), consideram algumas estratégias que podem ajudar no desenvolvimento global dos indivíduos que apresentam TDAH. Estas estratégias serão descritas a seguir:

- estabelecer prioridades – muitas vezes os pais sentem-se impotente diante dos problemas que o filho apresenta, por não saber o que poderá ajudá-lo a resolver primeiro. O caminho é estabelecer prioridades, verificando o que mais incomoda a criança, para a partir daí tentar resolver o problema que mais a afeta para posteriormente passar para outros;
- pensar antes de agir – como as atribuições do dia-a-dia tomam muito o tempo da família, geralmente esta reage de forma impulsiva com o comportamento demonstrado pela criança com TDACH. Frente a cada necessidade da criança é essencial que os pais parem, pensem e adotem a melhor atitude para lidar com seu filho;
- usar o reforço positivo antes da punição – experiências clínicas com crianças e adolescentes com TDACH têm indicado que elas precisam mais do que as outras de reforço constante para que os comportamentos esperados predominem. Elas respondem melhor ao reforço positivo do que às estratégias negativas. É necessário que os pais demonstrem comportamentos positivos para que os filhos possam imitá-los e quando isso acontecer, recompense-os com elogios ou mesmo com algum prêmio;
- existe uma preocupação muito grande por parte da família, de que ao recompensar o filho esteja comprando-o, mas na verdade estas estratégias refletem um princípio básico da relação interpessoal, ou seja, o da obtenção de direitos na medida em que os deveres são cumpridos. É fundamental que os pais evitem criticar os filhos constantemente;
- manter constância de estratégias – as crianças com TDACH necessitam de um ambiente previsível e constante. Muitas vezes o TDACH é acompanhado de sintomas de desafio e oposição e os indivíduos que apresentam este transtorno demoram algum tempo para aceitar uma nova maneira de os pais relacionarem-se com eles. Assim, mesmo que a estratégia adotada não deu resultado de imediato, é necessário mantê-la pelo menos por um mês;
- para manter a constância das estratégias é necessário: não abandoná-las rapidamente, mantê-la constante independente do ambiente, certificar-se que ambos, os pais, estão executando-a de forma similar. É importante proporcionar um ambiente com rotina diária (hora fixa de fazer a tarefa de casa, para o

almoço, jantar e outras tarefas). Prepare o seu filho para qualquer mudança desta rotina;

- antecipação dos problemas. Pode acontecer muitas vezes, pois os pais conseguem prever um comportamento do seu filho com TDACH. Por exemplo, já antecipa que ele terá problemas de concentração na hora dos estudos, sabendo disso já procura meios de incentivá-lo e proporcionando um ambiente agradável antes que aconteça tal imprevisto;
- estabelecer uma comunicação clara e eficiente – é necessário que os pais estabeleçam limites para o seu filho. As instruções devem ser passadas e os pedidos feitos um a um e lembrados sempre que possível. Uma maneira de lembrá-los é colocar bilhetes, cartazes em algum ambiente da casa;
- proporcionar uma atividade física regular – toda criança necessita gastar energia e em especial aqueles que possuem o TDACH. As atividades escolhidas para as crianças que apresentam o transtorno devem ser jogos nos quais elas possam aprender e conviver com regras e limites;

Goldstein e Goldstein (2000), sugerem também nove estratégias que podem ajudar os pais com crianças que apresentam o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade:

1. Aprender o que é TDAH – os pais devem compreender que, para poder controlar em casa o comportamento resultante do TDAH, é preciso ter um conhecimento correto do distúrbio e suas complicações.
2. Incapacidade de compreensão versus rebeldia – os pais devem desenvolver a capacidade de distinguir entre problemas que resultam da incapacidade e problemas que resultam da recusa ativa em obedecer ordens. Os primeiros devem ser tratados através da educação e desenvolvimento de habilidades. Os outros são resolvidos de maneira satisfatória através da manipulação das consequências.
3. Dar instruções positivas – pais devem cuidar para que seus pedidos sejam feitos de maneira positiva ao invés de negativa. Uma indicação positiva mostra para a criança o que deve começar a ser feito e evita que ela focalize em parar o que está fazendo.
4. Recompensar – os pais devem recompensar amplamente o comportamento adequado. Crianças com TDAH exigem respostas imediatas, freqüentes,

previsíveis e coerentemente aplicadas ao seu comportamento. Da mesma maneira, necessitam de mais tentativas para aprender corretamente. Quando a criança consegue completar uma tarefa ou realiza alguma coisa corretamente, deve ser recompensada socialmente ou com algo tangível mais freqüentemente que o normal.

5. Escolher as batalhas – os pais deveriam escolher quando e como gastar suas energias numa batalha, sempre reforçando o positivo, aplicando conseqüências imediatas para comportamentos que não podem ser ignorados e usando o sistema de créditos ou pontos. É essencial que os pais estejam sempre um passo a frente.
6. Usar técnicas de “custo de resposta”- os pais devem entender bem o que seja “custo de resposta”, uma técnica de punição em que se pode perder o que se ganhou.
7. Planejar adequadamente – os pais devem aprender a reagir aos limites de seu filho de maneira positiva e ativa. Aceitar o diagnóstico de TDAH significa aceitar a necessidade de fazer modificações no ambiente da criança. A rotina deve ser consistente e raramente variar. As regras devem ser dadas de maneira clara e concisa. Atividades ou situações em que já ocorreram problemas devem ser evitadas ou cuidadosamente planejadas.
8. Punir adequadamente – os pais devem compreender que a punição sozinha não irá reduzir os sintomas do TDAH. Punir deve ser uma atitude diretamente relacionada apenas a um comportamento declaradamente desobediente. No entanto, a punição só trará modificação de comportamento para crianças com TDAH se acompanhada de uma estratégia de controle.
9. Construir ilhas de competências – o que realmente importa para o sucesso dessa criança na vida é o que existe de certo com ela e não o que está errado. Cada vez mais, a área de saúde mental focaliza seu trabalho em aumentar os pontos fortes em vez de tentar diminuir os pontos fracos. Uma das melhores maneiras de criar pontos fortes é uma boa relação dos pais com seu filho.

De acordo com Rodhe e Benczik (1999), os pais devem se preocupar também com a escola onde os filhos vão estudar, pois estas devem ter profissionais que conheçam ou que já estejam familiarizados em trabalhar com alunos que apresentam este tipo de transtorno. É importante também que a

escola tenha disponibilidade de receber um aluno que poderá apresentar dificuldades de aprendizagem e/ ou comportamento e para desenvolver um trabalho conjunto com a família e com um profissional de saúde.

A IMPORTÂNCIA DA INCLUSÃO PARA OS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS

De acordo com as Diretrizes Nacionais da Educação Especial Para a Educação Básica, CNE (2001, p.13-19), entende-se por inclusão, a garantia que de o cidadão ter os seus direitos de forma a sentir-se integrado dentro da sociedade a que faz parte, sendo valorizado e respeitado nas suas individualidades.

A educação tem hoje, portanto, um grande desafio: garantir o acesso aos conteúdos básicos que a escolarização deve proporcionar a todos os indivíduos – inclusive àqueles com necessidades educacionais especiais, decorrentes de fatores genéticos, inatos ou ambientais, de caráter temporário ou permanente e que, em interação dinâmica com fatores sócio ambientais, resultam em necessidades muito diferenciadas da maioria das pessoas. (Diretrizes nacionais de Educação Especial Para a Educação Básica, CNE (2001, p. 13-19)).

Pessoas portadoras de necessidades especiais eram consideradas como *doentes* e incapazes, e sempre colocadas em posição de desvantagem em relação às pessoas consideradas “normais”. Por esse motivo eram dignas de piedade e não tinham acesso aos direitos dos demais cidadãos, principalmente direito à educação. Ainda hoje, constata-se a dificuldade de aceitação do diferente no seio familiar e social, principalmente do portador de deficiências múltiplas e graves,. (Guia de Formação para professores das séries iniciais, componente curricular Educação Inclusiva:, 2003:113-130)

Além desse grupo, determinados segmentos da comunidade permanecem igualmente discriminados e à margem do sistema educacional. É o caso dos superdotados, portador de altas habilidades, “brilhante” e talentosos que, devido a necessidade e motivações específicas – incluindo a não aceitação da rigidez curricular e de aspectos do cotidiano escolar – são tidos por muitos como trabalhosos e indisciplinados, deixando de receber os serviços especiais de

que necessitam, como por exemplo o enriquecimento e aprofundamento curricular. Assim, esses alunos muitas vezes abandonam o sistema educacional, inclusive por dificuldades de relacionamento. (Guia de Formação para professores das séries iniciais, componente curricular Educação Inclusiva:, 2003:113-130)

Segundo Ratzka (1999:74, revista Presença Pedagógica) para que ocorra uma inclusão efetiva alguns fatores são indispensáveis como: políticas institucionais, educação compulsória até os 18 anos e apoio financeiro na forma de benefícios sociais, como pensão para aqueles que não conseguem trabalhar.

Segundo Werneck (1999:75 revista presença pedagógica)), só existe a cidadania quando a pessoa sente-se participante no seu meio. Nesse caso essa cidadania ainda não alcançou os indivíduos portadores de necessidades especiais, uma vez que eles continuam sendo considerados parte somente da família e não um problema social.

Ainda segundo o autor, Incluir a criança com necessidades educacionais especiais na sala de aula regular não significa apenas colocar mais uma carteira no local. Exige mudanças radicais de professores, diretores, colegas de turma, funcionários e da própria política educacional da escola.

O movimento de inclusão surgiu com a divulgação da “Declaração de Salamanca (1994), Espanha sobre o patrocínio da UNESCO, sugerindo que todas as escolas teriam que buscar uma forma de educar com sucesso todas as crianças, até mesmo as portadoras de deficiências graves. (Guia de Formação para professores das séries iniciais, componente curricular Educação Inclusiva:, 2003:124)

A questão da inclusão tem causado sérias polêmicas no âmbito escolar. em razão da falta de preparo e informações . O aluno com necessidades especiais, com ou sem deficiência, não tem de acompanhar os avanços acadêmicos da turma, nem deve ter um currículo diferenciado. Muito menos, ficar em sala especial. O importante é que ele possa desenvolver-se no seu próprio ritmo, na sala de aula regular, com apoio apropriado.

Mantoan (1999:76 Revista Pedagógica) coloca que um currículo flexível, baseado numa pedagogia centrada na criança, em que aprendizagem não significa receber uma instrução formal e teórica são caminhos para se chegar a uma educação inclusiva, que beneficia a todos os estudantes. Nessa nova escola,

as avaliações são reformuladas, prestando-se atenção às experiências dos alunos e à comunidade, que, incluindo os pais, é convidada a participar do seu dia-a-dia.

Para Zuin (1999:77, Revista Pedagógica) é importante que o professor perceba que o aluno com deficiência, não frequenta a escola apenas para se socializar mas para junto com os demais alcançar um desenvolvimento global, principalmente a parte cognitiva.

DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE E TRATAMENTO

O diagnóstico do TDAH segundo Goldstein (2000), é um processo de múltiplas facetas. Diversos problemas biológicos e psicológicos podem contribuir para a manifestação de sintomas similares apresentados por pessoas o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Como exemplifica o autor, a falta de atenção é uma das nove características do processo de depressão e a impulsividade é uma descrição típica de delinquência.

Goldstein (2000), coloca ainda que o diagnóstico de TDAH necessita de uma avaliação ampla. Não se pode deixar de considerar e avaliar outras causas para o problema, assim, segundo ele é preciso estar atentos à presença de distúrbios concomitantes. Para o autor, a avaliação do TDAH inclui, freqüentemente, um levantamento do funcionamento intelectual, acadêmico, social e emocional. O exame médico também é importante para esclarecer possíveis causas de sintomas semelhantes aos do TDAH (por exemplo, reação adversa à medicação, problemas de tiróide, etc.). Goldstein (2000) considera que o processo de diagnóstico deve incluir dados recolhidos com professores e outros adultos que, de alguma maneira, interagem de maneira rotineira com a pessoa que está sendo avaliada. Embora se tenha tornado prática popular testar algumas habilidades como resolução de problemas, trabalhos de computação e outras, a validade dessa prática bem como sua contribuição adicional a um diagnóstico correto, devem ser sempre analisadas.

De acordo Rohde, Genário Barbosa, Polanczyk (2000), o TDAH é caracterizado pela apresentação de três sintomas básicos, que são: desatenção,

hiperatividade (agitação) e impulsividade. Esta síndrome é facilmente identificada nas crianças e adolescentes no ambiente familiar, nas escolas e nas clínicas. A desatenção é percebida de forma bastante clara em função das dificuldades que os indivíduos sentem em prestar atenção a detalhes e cometer erros por falta de cuidados no ambiente escolar e profissional. São incapazes de se concentrar em tarefas ou atividades lúdicas. Não escutam quando questionados ou interrogados. Raramente concluem uma atividade na escola ou no trabalho; não seguem instruções; são desorganizadas; não conseguem se fixar muito tempo em uma tarefa e são resistentes a atividades que exigem esforço mental constante. Derrubam, tropeçam e perdem as coisas com facilidade. São muito distraídos e se esquecem das tarefas rotineiras. O sintoma da hiperatividade é percebido pela frequência das atitudes de agitar as mãos, os pés e se remexer na cadeira; não conseguindo permanecer sentados em situações que o exija; correndo e subindo em momentos inapropriados. Apresentam dificuldades em realizar atividades em silêncio, mesmo as lúdicas; falam constantemente e dão a impressão de que estão sempre apressados. As características da impulsividade são percebidas quando respondem a perguntas que ainda não foram concluídas; pela demonstração de impaciência em esperar a sua vez e pela facilidade que têm em intrometer-se nos assuntos de outras pessoas, interrompendo-as sempre.

Esses autores colocam que esta tríade sintomatológica pode surgir de forma isolada, não significando um quadro de TDAH; em razão de problemas familiares; por métodos educacionais inadequados; ou em função de outros transtornos que acometem a vida da criança e do adolescente. Geralmente os portadores de TDAH são indivíduos que têm inteligência normal para sua idade. A síndrome se manifesta mais frequentemente no sexo masculino, em uma proporção de dois meninos para uma menina em estudos populacionais e nove para uma em estudos clínicos. Isto se explica provavelmente em razão das meninas apresentarem mais TDAH com predomínio da desatenção e menos sintomas de comportamento que faz com que elas não causem tantos incômodos a seus familiares e no espaço escolar como os meninos e conseqüentemente não serem encaminhadas a tratamento. Os portadores de TDAH são mais propensos a apresentarem problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade, transtorno de conduta e outros

Eles consideram como fundamental que as avaliações sejam completas e detalhadas para se diagnosticar o TDAH; sendo necessário que os sintomas sejam contextualizados na história de vida da criança e do adolescente. Estes sintomas são observados geralmente na idade pré-escolar e também em períodos longos de sintomatologia intensa. Sintomas que se apresentam por períodos curtos, como dois ou três meses; principalmente após um fato psicossocial, como a separação dos pais ou casos de morte na família não caracteriza um quadro de TDAH. A hiperatividade, a impulsividade, a desatenção acontecem nas crianças normais de vez em quando, por períodos curtos, com menor intensidade; por isso é importante que para se diagnosticar o transtorno sejam percebidos em torno de seis características dentro de cada um dos sintomas. É interessante verificar a presença dos sintomas em ambientes variados e a duração dos mesmos que deve ser constante durante o tempo de avaliação. É preciso uma avaliação cuidadosa de cada sintoma e não apenas listá-los, pois podem significar mais estilos de temperamento e de funcionamento do que um transtorno psiquiátrico.

Rohde, Genário Barbosa, Polanczyk (2000), colocam que faz-se necessário alguns cuidados para se diagnosticar o TDAH em crianças abaixo de seis anos de idade, principalmente estar bem informado em relação às características normais que a criança apresenta durante o seu desenvolvimento. Por exemplo, a criança na fase da pré-escola, apresenta sintomas de hiperatividade e impulsividade mais intensos, característicos desta fase, e já na adolescência o sintoma de hiperatividade tende a diminuir e prevalecer os de impulsividade e desatenção.

Acrescentam ainda que o diagnóstico do TDAH é basicamente clínico, médico/psiquiátrico, exigindo porém a participação integrada de profissionais da área médica, psicológica e pedagógica. Este diagnóstico obedece a critérios classificatórios utilizados em psiquiatria - o DSM-IV e CID-10, que apresentam mais semelhanças do que diferenças nos procedimentos para se diagnosticar o transtorno.

Ainda conforme Rohde, Genário Barbosa, Polanczyk (2000), o DSM-IV propõe a existência de seis sintomas de desatenção e /ou seis sintomas de hiperatividade/impulsividade para se ter um quadro de TDAH. Em adolescentes e adultos o limiar foi rebaixado para cinco. Apesar de algumas discordâncias, é

importante em relação ao adolescente, não se restringir ao número de sintomas e sim ao grau de prejuízo dos mesmos. O adolescente deve ser avaliado levando em consideração a sua potencialidade e o esforço que faz para manter o seu ajustamento.

No mesmo artigo consta que o DSM-IV o TDAH apresenta-se de três formas: a) TDAH com predomínio da desatenção; b) TDAH com predomínio da hiperatividade/impulsividade c) TDAH combinado. No sexo feminino é mais freqüente o tipo que predomina a desatenção e o combinado, levando a um alto prejuízo acadêmico. Os indivíduos que apresentam o TDAH com predomínio da hiperatividade/impulsividade geralmente são mais agressivos, impulsivos e sofrem de uma maior rejeição pelos colegas. O do tipo combinado sofre maior prejuízo em relação ao funcionamento global do indivíduo quando comparado aos outros dois tipos.

TRATAMENTO

Para Rohde, Genário Barbosa, Polanczyk (2000), o tratamento do transtorno envolve intervenções psicossociais e psicofarmacológicas.

Para eles no campo das intervenções psicossociais, é fundamental que a família esteja bem informada acerca do transtorno, que saiba como lidar com os sintomas da forma mais adequada a fim de que possam auxiliar os filhos na realização e organização das tarefas. É importante que os portadores de TDAH tenham um ambiente silencioso e sem estímulos visuais para que possam se concentrar melhor nos estudos e para isso a contribuição familiar faz-se necessária.

Segundo Goldstein (1998) é preciso que os pais recebam um treinamento baseado em técnicas de gestão com o objetivo de diminuir os problemas vividos pelos hiperativos; e técnicas de desenvolvimento de aptidões visando tornar o indivíduo melhor capacitado para enfrentar o mundo. Pesquisas (Goldstein, 1998, Mattos; 2001; Benczik, 2002) tem mostrado que quando pais e professores se preparam para trabalhar com o hiperativo os resultados são muito positivos.

Rohde, Genário Barbosa, Polanczyk (2000), consideram que outra intervenção psicossocial está voltada para a psicoterapia individual de apoio ou

de orientação analítica abordando as comorbidades, principalmente a depressão e a ansiedade e abordando também os sintomas como a baixa auto-estima, dificuldade de controle de impulsos e capacidades sociais pouco produtivas. Ainda no âmbito psicoterápico a modalidade de tratamento cognitivo comportamental é a que mais tem apresentado resultados satisfatórios para os sintomas principais.

Dentro das intervenções psicofarmacológicas para o TDAH, as indicações dependem das comorbidades apresentadas. Os estimulantes são os mais indicados em razão dos inúmeros estudos comprovando a eficácia deste tipo de medicamento em meninos na idade escolar. Foi observado também respostas positivas em adolescentes. No Brasil o estimulante utilizado é o metilfenidato, comercializado com o nome de Ritalina, onde 70% dos pacientes respondem adequadamente e com tolerância, nos casos sem comorbidades e com comorbidade com transtornos depressivos, disruptivos, de ansiedade da aprendizagem e retardo mental leve. (Rohde, Genário Barbosa, Polanczyk (2000),

O tempo de manutenção do tratamento é bastante polêmico. Embora não existindo nenhuma comprovação científica, muitos são favoráveis a uma interrupção do medicamento nos finais de semana e durante as férias. Tal atitude talvez seja explicada em função daquelas crianças que apresentam problemas mais em salas de aula e nos adolescentes que abusam do álcool e das drogas nos finais de semana. (Rohde, Genário Barbosa, Polanczyk (2000),

Segundo os autores para que se possa fazer uma avaliação do progresso do indivíduo com TDAH que faz uso do estimulante é preciso suspender a medicação para se poder observar se ainda é necessário utilizá-la.

Existem vários estudos (Goldestein, 1998; Rodhe, 1999; Silva, 2003) comprobatórios da eficiência do uso de antidepressivos (ADT) nos portadores do TDAH, principalmente entre as crianças em idade escolar. Eles são usados quando o quadro se apresenta com comorbidade com transtornos de tique ou enurese e quando com o uso de estimulantes não se tem nenhum resultado.

É importante também para o tratamento do indivíduo hiperativo as intervenções não médicas e comportamentais, como a participação em programas de intervenção sem medicamentos, que tem alcançado resultados positivos como mostram diversas pesquisas. Estes programas contam com a

participação da família, dos professores, da comunidade escolar e o apoio de profissionais. Pesquisas também mostram que a intervenção por medicação e sem medicação combinadas, utilizadas por mais de três anos, tem apresentado benefícios a longo prazo; o que não acontece quando estas intervenções são feitas de forma isolada. (Rohde, Genário Barbosa, Polanczyk (2000),

Através de estudos e de pesquisas (Goldestein, 1998; Rodhe, 1999; Topczewski, 1999) concluiu-se que a opção pela utilização de medicamentos deve ser tomada levando em consideração os riscos e benefícios dos mesmos. A Ritalina ainda é o melhor medicamento para tratar os distúrbios da atenção, e seus efeitos colaterais vão de brandos, como insônia e falta de apetite, até casos de convulsões, psicoses e tiques. Muitas vezes é necessário interromper a medicação.

Para Parolin (2005) o tratamento de crianças com TDAH exige um esforço coordenado entre os profissionais das áreas médica, saúde mental e pedagógica, em conjunto com os pais. Esta combinação de tratamentos oferecidos por diversas fontes é denominada, segundo ela, de intervenção multidisciplinar. A autora salienta ainda que um tratamento com esse tipo de abordagem, inclui:

- treinamento dos pais quanto à verdadeira natureza do TDAH e em desenvolvimento de estratégias de controle efetivo do comportamento;
- um programa pedagógico adequado;
- aconselhamento individual e familiar, quando necessário, para evitar o aumento de conflitos na família;
- uso de medicação, quando necessário.

Aumenta a cada dia o reconhecimento da eficiência dos tratamentos na redução dos sintomas imediatos apresentados por pessoas com TDAH. Os pesquisadores, (Rohde, Genário Barbosa, Polanczyk 2000), no entanto, acreditam que somente reduzir os sintomas das crianças com TDAH não traz resultados satisfatórios a longo prazo. Assim, segundo os referidos autores, aumenta a consciência de que os fatores que predispõem todas as crianças à uma vida bem sucedida são especialmente importantes para as crianças que apresentam problemas relacionados a distúrbios como o TDAH. Portanto, os tratamentos são aplicados para permitir alívio dos sintomas enquanto se trabalha no sentido de assistir a pessoa a construir uma vida bem sucedida. Tornar as

tarefas interessantes é de extrema importância para as pessoas que apresentam este transtorno.

De acordo Goldstein (1998) não existe cura para os problemas de hiperatividade, mas é possível fazer um controle com a participação dos pais em todos os processos de avaliação e tratamento e também possibilitar ao indivíduo a compreensão de seus problemas hiperativos.

REFERENCIAL METODOLÓGICO

A metodologia utilizada neste estudo foi a pesquisa qualitativa. A partir do pressuposto que a pesquisa qualitativa de acordo com Lüdke e André (1986) permite o contato direto do pesquisador com o ambiente e com os fatos que estão sendo investigados. Permite também o aprofundamento do tema em um ambiente naturalístico, sem a manipulação intencional do pesquisador. As questões enfocadas neste estudo, o comportamento hiperativo do aluno no contexto escolar, as questões disciplinares inerentes à sala de aula com alunos com o transtorno do déficit de atenção e o respaldo que estes indivíduos alcançam do professor e do sistema educacional, para a efetiva aprendizagem são fenômenos que devem ser estudados no contexto em que aparecem. A pesquisa qualitativa é propícia para retratar a complexidade do cotidiano escolar.

Como na pesquisa qualitativa os dados coletados são descritivos, o material obtido permitiu estabelecer o maior número possível de elementos presentes no comportamento dos alunos hiperativos. O detalhamento que é possível pela pesquisa qualitativa permite a compreensão da realidade do aluno hiperativo no contexto escolar.

Sujeitos

Os sujeitos foram selecionados em uma escola de ensino fundamental da rede pública do Distrito Federal. São profissionais da área educacional que têm contato direto com alunos que apresentam transtorno do déficit de atenção. Todos os sujeitos são do sexo feminino, na faixa etária de 25 a 45 anos, com formação em magistério, pedagogia e história. Todos os sujeitos estão em pleno exercício de suas atividades. O tempo de exercício profissional varia de 2 a 17 anos.

Caracterização dos Sujeitos

A professora A tem 25 anos, formada em pedagogia, atua como professora há 6 anos, nos últimos cinco anos a classe predominante foi a 4ª série, faltam 20 anos para se aposentar. Ainda não trabalhou com aluno hiperativo e fez um curso de aperfeiçoamento depois que se formou.

A professora B tem 41 anos, com formação em magistério, atua como professora há 5 anos, nos últimos cinco anos a classe predominante foi a 1ª série, faltam 20 anos para se aposentar. Ainda não trabalhou com aluno hiperativo e já fez 03 cursos de aperfeiçoamento depois que se formou.

A professora C tem 25 anos, formada em pedagogia, atua como professora há 4 anos, nos últimos cinco anos a classe predominante foi a 4ª série, faltam 21 anos para se aposentar. Ainda não trabalhou com aluno hiperativo e fez cinco cursos de aperfeiçoamento depois que se formou.

A professora D tem 45 anos, formada em pedagogia, atua como professora há 13 anos, nos últimos cinco anos a classe predominante foi a 2ª série, faltam 09 anos para se aposentar. Ainda não trabalhou com aluno hiperativo e fez nove cursos de aperfeiçoamento depois que se formou.

A professora E tem 28 anos, com formação em magistério, atua como professora há 10 anos, nos últimos cinco anos a classe predominante foi a 1ª série, faltam 15 anos para se aposentar. Ainda não trabalhou com aluno hiperativo e fez um curso de aperfeiçoamento depois que se formou.

A professora F tem 27 anos, formada em história, atua como professora há 7 anos, nos últimos cinco anos a classe predominante foi a 3ª série, falta 23 anos para se aposentar. Ainda não trabalhou com aluno hiperativo e fez seis cursos de aperfeiçoamento depois que se formou.

A professora G tem 25 anos, com formação em magistério, atua como professora há 2 anos, faltam 25 anos para se aposentar. Já trabalhou com aluno hiperativo e fez cinco cursos de aperfeiçoamento depois que se formou.

A professora H tem 24 anos, com formação em magistério, atua como professora há 5 anos, nos últimos cinco anos a classe predominante foi a 2ª série, faltam 23 anos para se aposentar. Ainda não trabalhou com aluno hiperativo e fez quatro cursos de aperfeiçoamento depois que se formou.

A professora I tem 29 anos, formada em pedagogia, atua como professora há 6 anos, nos últimos cinco anos a classe predominante foi a 1ª série, faltam 20 anos para se aposentar. Ainda não trabalhou com aluno hiperativo e fez três cursos de aperfeiçoamento depois que se formou.

A professora J tem 45 anos, formada em história, atua como professora há 15 anos, nos últimos cinco anos a classe predominante foi a 2ª série, faltam 10

anos para se aposentar. Já trabalhou com aluno hiperativo e fez quatro cursos de aperfeiçoamento depois que se formou.

A professora K tem 42 anos, formada em pedagogia, atua como professora há 10 anos, nos últimos cinco anos a classe predominante foi a 1ª série, faltam 10 anos para se aposentar. Já trabalhou com aluno hiperativo e fez cinco cursos de aperfeiçoamento depois que se formou.

A professora L tem 28 anos, formada em pedagogia, atua como professora há 05 anos, sempre trabalhou com alunos da 1ª série, faltam 20 anos para se aposentar. Ainda não trabalhou com aluno hiperativo e fez um curso de aperfeiçoamento depois que se formou.

A professora M tem 45 anos, formada em pedagogia, atua como professora há 17 anos, nos últimos cinco anos a classe predominante foi a 4ª série, faltam 07 anos para se aposentar. Já trabalhou com aluno hiperativo e fez nove cursos de aperfeiçoamento depois que se formou.

A professora N tem 38 anos, formada em pedagogia, atua como professora há 16 anos, nos últimos cinco anos a classe predominante foi a 3ª série, faltam 09 anos para se aposentar. Já trabalhou com aluno hiperativo e fez seis cursos de aperfeiçoamento depois que se formou.

A professora O tem 38 anos, formada em pedagogia, atua como professora há 10 anos, nos últimos cinco anos a classe predominante foi a 4ª série, faltam 15 anos para se aposentar. Ainda não trabalhou com aluno hiperativo e fez três cursos de aperfeiçoamento depois que se formou.

A professora P tem 39 anos, com formação em magistério, atua como professora há 13 anos, nos últimos cinco anos a classe predominante foi a 2ª série, faltam 12 anos para se aposentar. Ainda não trabalhou com aluno hiperativo e fez cinco cursos de aperfeiçoamento depois que se formou.

A professora Q tem 41 anos, com formação em magistério, atua como professora há 13 anos, nos últimos cinco anos a classe predominante foi a 1ª série, faltam 22 anos para se aposentar. Ainda não trabalhou com aluno hiperativo e fez três cursos de aperfeiçoamento depois que se formou.

A professora R tem 45 anos, formada em pedagogia, atua como professora há 13 anos, nos últimos cinco anos a classe predominante foi a 1ª série, faltam 12

anos para se aposentar. Ainda não trabalhou com aluno hiperativo e fez cinco cursos de aperfeiçoamento depois que se formou.

A professora S tem 40 anos, formada em pedagogia, atua como professora há 10 anos, nos últimos cinco anos a classe predominante foi a 4ª série, faltam 15 anos para se aposentar. Ainda não trabalhou com aluno hiperativo e fez cinco cursos de aperfeiçoamento depois que se formou.

A professora T tem 27 anos, formada em pedagogia, atua como professora há 7 anos, nos últimos cinco anos a classe predominante foi a 1ª série, faltam 18 anos para se aposentar. Já trabalhou com aluno hiperativo e fez três cursos de aperfeiçoamento depois que se formou.

Análise dos resultados

Cada um dos sujeitos entrevistados respondeu a onze questões. A análise do relato verbal de cada uma das respostas de cada um dos sujeitos, permitiu constituir categorias para cada questão. No que diz respeito à opinião dos sujeitos sobre as características que o aluno considerado hiperativo apresenta, as categorias estão dispostas na tabela 1. A cada um dos sujeitos entrevistados foi solicitado que citassem 5 características do aluno hiperativo. Algumas características foram agrupadas, para formar somente uma categoria. Os comportamentos descritos como agitado, inquieto, hiperatividade, muita atividade motora, foram caracterizados como “atividade motora excessiva”. Os comportamentos descritos como disperso, desconcentrado, desatento, foram caracterizados como “desatenção”. Alguns outros comportamentos referentes à conclusão de tarefas, foram categorizados como “não conclusão de tarefas”. Da mesma forma desinteresse e desmotivação foram agrupados em “falta de motivação”. Dois sujeitos responderam que não conhecem as características de um aluno hiperativo.

TABELA 1

A	Desatenção
B	Atividade motora excessiva
C	Falta de motivação
D	Dificuldades de memorização
E	Indisciplina
F	Não conclusão de tarefas
G	Desorganizado
H	Não permanece muito tempo na realização das tarefas
I	Rebelde, descontrolado
J	Impulsividade
K	Agressividade
L	Dificuldade de socialização
M	Dificuldade de aprendizagem
N	Teimosia
O	Falar compulsivamente
P	Dificuldade de seguir regras
Q	Alteração de humor
R	Perda constante de seus pertences
S	Inteligente

No que se refere ao comportamento que o aluno considerado desatento apresenta, foi também solicitado a cada sujeito que descrevessem 5 comportamentos. Um dos sujeitos, ao descrever as categorias, sugeriu que necessitam de atendimento individual. Esta opinião não foi considerada como característica, por ter sido considerada como proposta de estratégia. As categorias extraídas estão na tabela 2.

Da mesma forma, alguns comportamentos semelhantes foram agrupados numa mesma categoria, como citado acima.

TABELA 2

1	Sempre apresenta dúvidas
2	Não concluí tarefas
3	Dificuldade de memória
4	Baixo nível de auto-estima
5	Problemas emocionais
6	Falta de limites
7	Indisciplina
8	Dificuldade de assimilação de conteúdos
9	Preguiçoso
10	Sonolento
11	Apatia
12	Desatenção
13	Imaturo
14	Ausência de raciocínio lógico
15	Comete muitos erros
16	Não compreende comandos
17	Lentidão
18	Falta de interesse
19	Desorganização
20	Isolamento
21	Inquieto
22	Agressividade
23	Dificuldade de aprendizagem
24	Conversador

A terceira questão aos entrevistados consistiu da descrição de 5 características do aluno considerado indisciplinado. Da mesma forma, como anteriormente mencionado, algumas características semelhantes foram agrupadas em uma só categoria, como por exemplo: mal educado e falta de respeito; agitado e inquieto; gosta de chamar a atenção, gosta de ser o centro das atenções e egocêntrico; As categorias estão dispostas na tabela 3.

TABELA 3

A	Não obedece a regras
B	Falta de limites
C	Agressividade
D	Dificuldade de aprendizagem
E	Falta de respeito
F	Aagitado
G	Desatento
H	Desorganizado
I	Sem controle emocional
J	Desobediente
K	Não conclui as tarefas
L	Conversador
M	Brinca durante as atividades
N	Gosta de ser o centro das atenções
O	Irresponsável
P	Baixo nível de auto-estima
Q	Falta de interesse
R	Liderança
S	Impulsividade

Foi também solicitado aos sujeitos entrevistados que descrevessem 5 características do aluno que não tem limites estabelecidos. Como anteriormente com as outras características, algumas delas foram agrupadas em uma só categoria. Estas categorias do aluno sem limites estabelecidos, estão dispostas na tabela 4.

TABELA 4

1	Dificuldade no relacionamento social
2	Gosta de ser o centro das atenções
3	Mal educado
4	Aagitado
5	Decide por conta própria o que fazer e quando fazer
6	Reclama constantemente de tudo
7	Desobediente
8	Intolerante
9	Saídas constantes da sala sem propósito
10	Pega material dos colegas sem permissão
11	Impulsivo
12	Acha que está sempre com razão
13	Não aceita regras
14	Agressivo
15	Dificuldades de aprendizagem
16	Desatenção
17	Desorganizado
18	Falta de respeito com os colegas
19	Desvia a atenção dos colegas
20	Não concluí tarefas
21	Não discerne o certo do errado
22	Curioso
23	Facilidade em fazer amizades
24	Aprende com facilidade
25	Dificuldade de participar de trabalhos em grupo

Ao agruparmos as características descritas pelos sujeitos entrevistados, no que se refere ao comportamento dos alunos que apresentam déficit de atenção com hiperatividade, TDAH, déficit de atenção sem hiperatividade TDA, que são considerados indisciplinados e sem limites estabelecidos, foi possível elaborar a tabela 5, cujos dados estão também representados em um gráfico

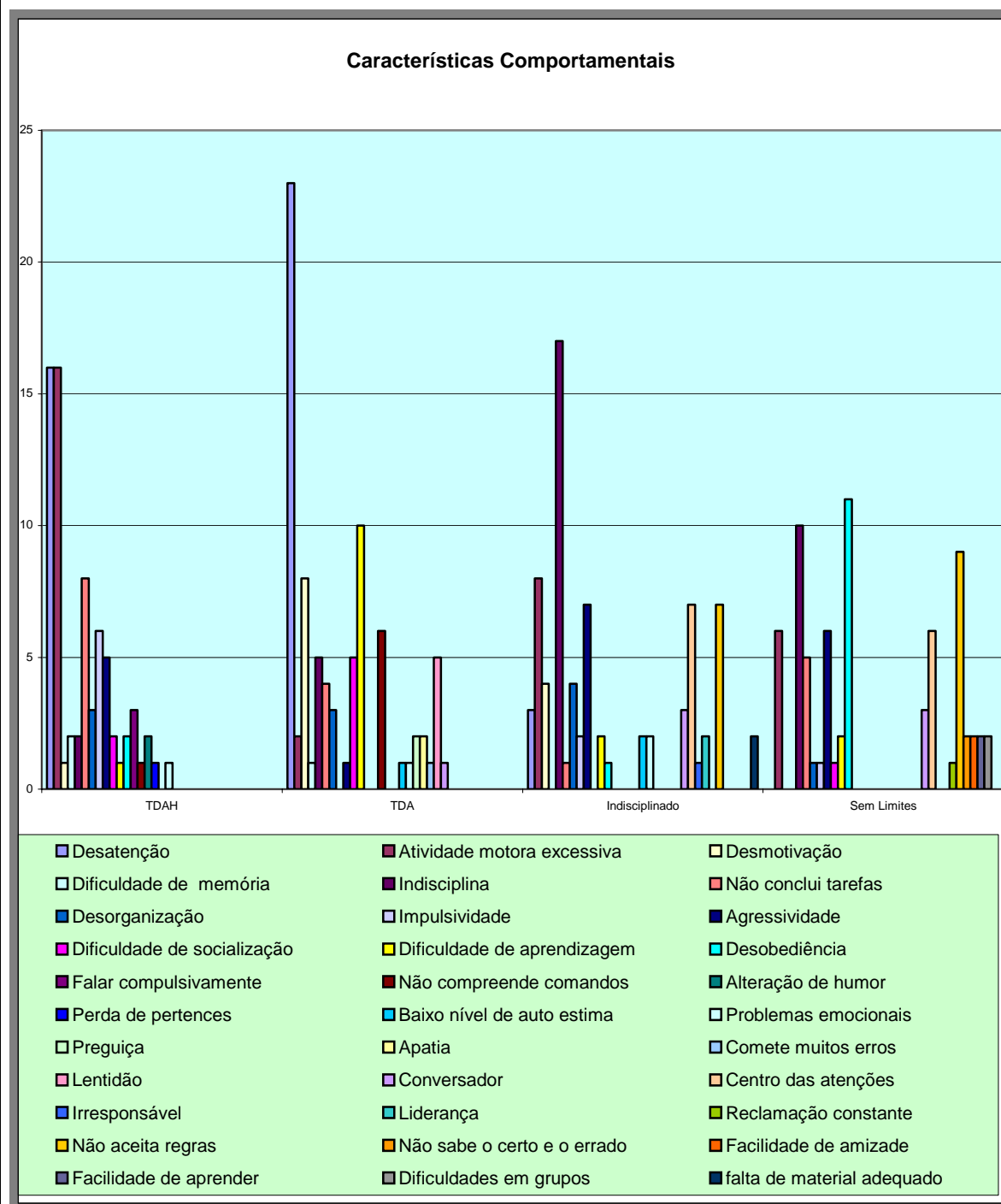
demonstrativo, na figura 1. Os dados demonstram que uma dos principais comportamentos, que possibilita o diagnóstico de TDAH, a impulsividade, (Goldstein e Goldstein, 2000; Topczewski, 1999) foi descrita somente 6 vezes. Um outro comportamento indicado na literatura (Parolin, 2005, Silva, 2003; Goldstein e Goldstein, 2000) como característica do indivíduo com TDAH, a desorganização, foi referida somente três vezes. Da mesma forma a dificuldade de aprendizagem, também muitas vezes correlacionada pelos autores (Rohde e Benzik, 1999; Goldstein e Goldstein, 2000; Topczewski, 1999) foi apenas mencionada duas vezes para o aluno hiperativo. Para o aluno com transtorno do déficit de atenção sem hiperatividade, TDA, foi mencionada 10 vezes. Outra característica marcante no aluno com TDA e TDAH é cometer erros, sem conseguir reconhecê-los, de acordo com (Parolin, 2005, Goldstein e Goldstein, 2000; Topczewski, 1999), foi mencionada somente uma vez e apenas ao aluno que apresenta TDA. Não compreender comandos, outra dificuldade dos indivíduos com transtorno de atenção, (Goldstein e Goldstein, 2000; Topczewski, 1999) da mesma forma foi pouco mencionada, tanto para o aluno com TDAH, como para o aluno com TDA. A dificuldade de socialização, outra característica também mencionada na literatura ((Parolin, 2005, Goldstein e Goldstein, 2000; Topczewski, 1999), tampouco foi referenciada como esperado para os indivíduos que apresentam o TDAH e o TDA. Com relação a auto estima destes indivíduos, a literatura informa que a carga emocional que o paciente porta em razão dos insucessos escolares e sociais, repercute diretamente na forma como se percebe como indivíduo (Parolin, 2005, Goldstein e Goldstein, 2000; Topczewski, 1999) . Entretanto, somente foi descrita uma vez, referindo ao aluno com TDA.

TABELA 5.

CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS DESCRITAS PELOS SUJEITOS					
Nº	Comportamento	TDAH	TDA	Indisciplinado	Sem Limites
1	Desatenção	16	23	3	0
2	Atividade motora excessiva	16	02	8	6
3	Desmotivação	01	08	04	0
4	Dificuldade de memória	02	01	0	0
5	Indisciplina	02	05	17	10
6	Não conclui tarefas	08	04	01	05
7	Desorganização	03	03	04	01
8	Impulsividade	06	00	02	01
9	Agressividade	05	01	07	06
10	Dificuldade de socialização	02	05	00	01
11	Dificuldade de aprendizagem	01	10	02	02
12	Desobediência	02	00	01	11
13	Falar compulsivamente	03	00	00	00
14	Não compreende comandos	01	06	00	00
15	Alteração de humor	02	00	00	00
16	Perda de pertences	01	00	00	00
17	Baixo nível de auto estima	00	01	02	00
18	Problemas emocionais	01	01	02	00
19	Preguiça	00	02	00	00
20	Apatia	00	02	00	00
21	Comete muitos erros	00	01	00	00
22	Lentidão	00	05	00	00
23	Conversador	00	01	03	03
24	Centro das atenções	00	00	07	06
25	Irresponsável	00	00	01	00
26	Liderança	00	00	02	00
27	Reclamação constante	00	00	00	01
28	Não aceita regras	00	00	07	09
29	Não sabe o certo e o errado	00	00	00	02
30	Facilidade de amizade	00	00	00	02
31	Facilidade de aprender	00	00	00	02
32	Dificuldades em grupos	00	00	00	02
33	falta de material adequado	00	00	02	00

Os dados da tabela 5, podem ser melhor visualizados na figura 1

Figura 1



Os sujeitos entrevistados foram solicitados a descreverem 5 maneiras de lidar com o aluno sem limites. As respostas também foram categorizadas, muitas vezes, da mesma forma que as outras questões, agrupando algumas respostas em uma só categoria. Tais como: promover relacionamentos sociais e realizar atividades em grupo; estimular o gosto pelos estudos, colocá-lo sentado à frente, chamar sempre sua atenção para a atividade, descobrir qual a disciplina que tem mais interesse, oferecer momentos de lazer e assistência individual foram agrupadas na categoria “motivação”; punição e suspensão foram agrupadas na categoria “punir quem não respeitar as regras”; deixar claro as obrigações e determinar o tempo e espaço do aluno foram sugestões agrupadas a categoria de “solicitar a participação na elaboração de regras”. Um dos sujeitos não respondeu. As categorias estão dispostas na tabela 6.

TABELA 6

1	Solicitar participação do aluno na elaboração de regras
2	Relembrar sempre as regras
3	Punir quem não respeitar as regras
4	Solicitar ajuda dos familiares
5	Diálogo
6	Proporcionar conhecimento das conseqüências dos atos
7	Estimular limites claros através dos jogos
8	Mostrar a diferença entre o certo e o errado
9	Permitir exercer liderança em algumas atividades
10	Estimular o respeito
11	Manter sempre o aluno ocupado
12	Dinâmicas que favoreçam o cumprir tarefas
13	Histórias com fundo moral sobre limites
14	Promover relacionamentos sociais
15	Motivação
16	Favorecer a formação de valores
17	Reforço positivo ao término das tarefas
18	Dar atividades extras
19	Ignorar as atitudes erradas

No que se refere a como lidar com o aluno indisciplinado, os sujeitos sugeriram atitudes e comportamentos semelhantes às maneiras de lidar com o aluno sem limites. As respostas foram categorizadas, também sendo agrupadas sugestões semelhantes em uma só categoria. Várias sugestões que se referiam á punições foram todas categorizadas como “punição”. As sugestões semelhantes que propõem despertar o interesse do aluno foram agrupadas em “motivação”. Um dos sujeitos sugeriu que o professor tem que manter a calma, que desconsiderado como sugestão para lidar com o aluno. As categorias estão dispostas na tabela 7,

TABELA 7

A	Solicitar participação do aluno na elaboração de regras
B	Punição
C	Elaborar regras de jogo
D	Motivação
E	Resgatar auto-estima
F	Diálogo
G	Orientar positivamente
H	Manter o aluno sempre ocupado
I	Imposição de limites
J	Elaborar trabalhos em grupo
K	Solicitar ajuda da família
L	Reforço positivo aos acertos

No que se refere ao aluno hiperativo, os sujeitos também foram solicitados a descreverem 5 maneiras. Da mesma forma, sugestões semelhantes foram agrupadas em uma só categoria. As sugestões de prender a atenção do aluno, promover atividades lúdicas, utilizar recursos audiovisuais, utilizar jogos e quebra-cabeças, foram agrupadas na categoria “motivação”. Dois dos sujeitos sugeriram que o professor tem que ter paciência. Esta sugestão não foi considerada como maneira para lidar com o aluno. Cinco sujeitos referiram ao desconhecimento de maneiras de como lidar com estes alunos. Um dos sujeitos não respondeu. Pode-se observar que muitas das maneiras sugeridas, são

estratégias ou atitudes do professor com qualquer aluno, tais como: motivação, dirigir as atividades. Não foi sugerida nenhuma forma de punição para estes alunos, como foi sugerido, para os alunos que apresentam falta de limites ou indisciplina. Entretanto, pelo menos um dos sujeitos disse sobre utilizar material concreto, o que deve ser utilizado para todos os alunos, indiferente ao seu comportamento. Os alunos estão na faixa etária que corresponde ao período operatório concreto, descrito na teoria piagetiana, significando que não alcançaram o pensamento formal abstrato, portanto somente são capazes de construir seu conhecimento a partir de suas percepções, ou seja, a utilização do material concreto. As categorias estão dispostas na tabela 8

TABELA 8

A	Dirigir as atividades
B	Propor que o aluno seja ajudante da professora
C	Buscar ajuda com profissionais especializados
D	Não tratar como diferente
E	Elaborar regras junto com ele
F	Motivar
G	favorecer socialização
H	solicitar apoio da família
I	inserir-lo em classe reduzida
J	treinamento para o professor com pessoa especializada
K	Favorecer a auto-estima
L	Proporcionar trabalho em grupo
M	Utilizar instruções claras
N	Usar materiais concretos
O	Incluí-lo em atividades físicas
P	Repetição de instruções

Os sujeitos entrevistados sugeriram 5 maneiras de lidar com o aluno considerado desatento, ou seja, com transtorno do déficit de atenção sem hiperatividade. Da mesma forma, as respostas foram categorizadas.. As sugestões semelhantes agrupadas em uma só categoria. As sugestões de propor

atividades lúdicas, estimular a realização de tarefas, utilizar jogos, utilizar metodologias variadas, envolver o aluno durante as aulas, foram agrupadas na categoria motivação. As sugestões de evitar cartazes chamativos e sala de aula com poucos estímulos visuais, foram agrupadas em “manter campo perceptual do aluno sem estímulos” As categorias estão dispostas na tabela 9

TABELA 9

A	Chamar atenção sem envergonhá-lo
B	Interferir na realização das atividades
C	Propor aulas com material concreto
D	Motivar
E	Trabalho de grupo
F	Manter campo perceptual do aluno sem estímulos
G	Manter organização na sala de aula
H	Realização de atividades que exijam pouco tempo de atenção
I	Utilizar diálogos
J	Corrigir deveres no seu caderno
K	Explicações claras
L	Manter relacionamento de amizade
M	Posicionar o aluno nas primeiras carteiras
N	Reforço positivo

No que se refere as maneiras de lidar com o aluno TDAH e TDA em sala de aula, os dados das tabelas 5, 6, 7, 8 e 9 foram agrupados na tabela 10. Um gráfico demonstrativo com os dados descritos abaixo, está representado na figura 2

Dos dados levantados nenhum sujeito considera necessária a realização de atividades que exijam pouco tempo de atenção para se trabalhar com a criança hiperativa., apesar deste dado ser mencionado na literatura (Parolin, 2005, Goldestein e Goldestein, 2000). Uma maneira de lidar com os alunos com TDAH é colocar limites claros e objetivos, de acordo com (Parolin, 2005; Goldstein e Goldstein, 2000; Topczewski, 1999), da mesma forma não foi mencionado para os alunos com o referido transtorno e 12 sujeitos apontaram a

imposição de limite para os casos de indisciplina. Com relação à manutenção de organização da sala de aula, tampouco foi citada para os alunos com TDAH e TODA uma vez que alguns autores (Parolin, 2005; Goldstein e Goldstein, 2000), mostram a importância de se manter constância na organização de sala de aula, para que a criança não perca a concentração. Com relação ao reforço positivo, oito sujeitos se manifestaram de forma positiva na maneira de lidar com alunos indisciplinados; seis com desatentos mas nenhum deles fez referência quanto a importância de encorajar freqüentemente, elogiar e valorizar as atitudes corretas do indivíduo com TDAH, conforme mostra a literatura (Parolin, 2005; Silva, 2003; Goldstein e Goldstein, 2000).

TABELA 10

MANEIRAS DE LIDAR COM OS ALUNOS TDAH E TDA DESCRITAS PELOS SUJEITOS					
Nº	Respostas	TDAH	TDA	Indisciplinado	Sem Limites
1	Solicitar participação do aluno na elaboração de regras	06	00	07	06
2	Relembrar sempre as regras	00	00	00	02
3	Punir quem não respeitar as regras	00	00	05	03
4	Solicitar ajuda dos familiares	11	00	14	12
5	Diálogo	00	18	07	05
6	Proporcionar conhecimento das conseqüências dos atos	00	00	00	00
7	Estimular limites claros através dos jogos	00	00	00	03
8	Mostrar a diferença entre o certo e o errado	00	00	00	02
9	Permitir exercer liderança em algumas atividades	00	00	00	01
10	estimular o respeito	00	00	00	02
11	Manter sempre o aluno ocupado	09	00	10	06
12	Dinâmicas que favoreçam o cumprir tarefas	00	00	00	02
13	Histórias com fundo moral sobre limites	00	00	00	01
14	Promover relacionamentos sociais	10	12	00	10
15	Motivação	06	08	04	03
16	Favorecer a formação de valores	00	00	00	02
17	Reforço positivo ao término das tarefas	00	06	08	03
18	Dar atividades extras	00	00	00	02
19	Ignorar as atitudes erradas	00	00	00	01
20	Elaborar regras de jogos	00	00	09	00
21	Resgatar a auto-estima	10	00	06	00
22	Imposição de limites	00	00	12	00
23	Elaborar trabalhos em grupo	05	12	18	00
24	Dirigir as atividades	06		00	00
25	Propor que o aluno seja ajudante da professora	08	00	00	00
26	Buscar ajuda com profissionais especializados	10	00	00	00
27	Não tratar como diferente	09	00	00	00
28	Favorecer socialização	06	00	00	00
29	Inserí-lo em classe reduzida	08	00	00	00
30	Treinamento para o professor com pessoa especializada	03	00	00	00
31	Utilizar instruções claras	06	06	00	00
32	Usar materiais concretos	04	09	00	00
33	Incluí-lo em atividades físicas	08	00	00	00
34	Repetição de instruções	04	00	00	00
35	Mostrar que ele é capaz	08	00	00	00
36	Chamar a atenção sem envergonhá-lo	00	04	00	00
37	Interferir na realização das atividades	00	06	00	00
38	Manter organização na sala de aula	00	01	00	00
39	Realização de atividades que exijam pouco tempo de atenção	00	03	00	00
40	Corrigir deveres no seu caderno	00	01	00	00
41	Explicações claras	06	04	00	00
42	Manter relacionamento de amizade	00	02	00	00

Gráfico tabela 10

Pasta: página 56

Os sujeitos entrevistados foram também questionados no que se refere ao aluno hiperativo perturbar a aula. Foi solicitado a cada um dos sujeitos que descrevesse

5 razões para o aluno hiperativo atrapalhar a atividade do professor e dos colegas. As categorias extraídas das respostas dos sujeitos estão dispostas na tabela 11. Nestas respostas não houve descrições de razões semelhantes para serem agrupadas em uma só categoria. Algumas das razões foram descritas referindo à prática pedagógica, as quais, não deveriam acontecer, independente do comportamento hiperativo do aluno, tais como: aulas monótonas, conteúdo descontextualizado, falta de estímulo, indisciplina, atividades muito fáceis, ausência de atividades lúdicas e de materiais concretos. Não foi mencionado por nenhum dos sujeitos, as características principais do transtorno do déficit de atenção, a incapacidade de selecionar somente um estímulo, a atividade motora excessiva e a impulsividade. Quatro dos sujeitos entrevistados não responderam.

TABELA 11

A	Atividades individuais
B	Aulas monótonas
C	Atividades que exijam muita concentração
D	Conteúdo descontextualizado
E	Atividades muito fáceis
F	Falta de estímulo
G	Baixo nível de auto-estima
H	Indisciplina
I	Professor não tem domínio da sala
J	Ausência de atividades lúdicas
K	Ausência de material concreto
L	Ausência de regras claras
M	Ausência de limites impostos pelos pais
N	Leitura silenciosa
O	O comportamento dos outros alunos
P	Dificuldade do aluno de organização
Q	Facilidade em dispersar

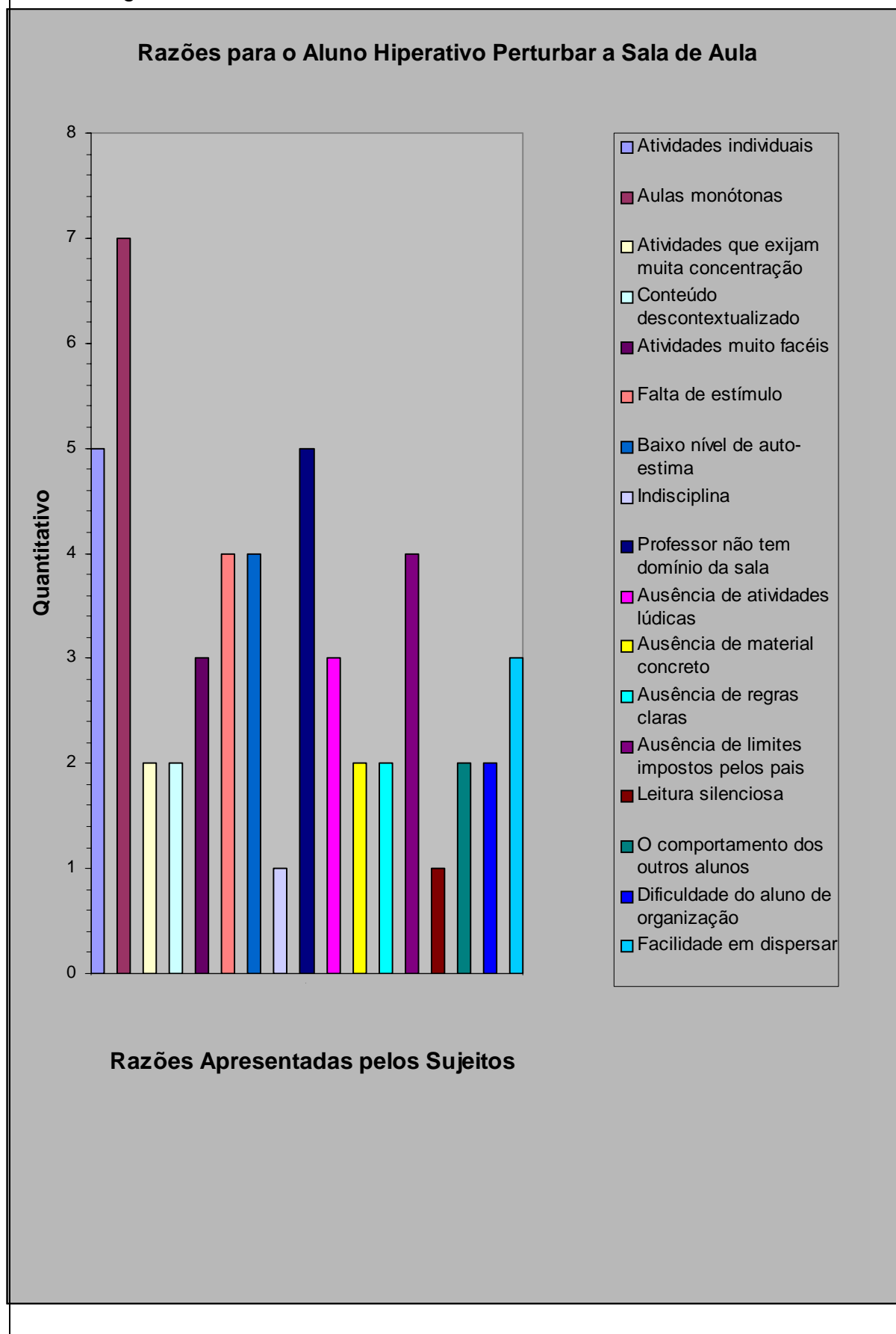
Analisando os dados referentes às razões pelas quais o aluno hiperativo perturba a sala de aula, foi elaborada a tabela 12 e um gráfico demonstrativo que está representado na figura 3. Os sujeitos não fizeram nenhuma referência às características de impulsividade como por exemplo, a dificuldade em esperar a vez, responder antes da pergunta ser concluída; de desatenção, dificuldades de prestar atenção em tarefas, parecer não ouvir, não seguir instruções; de hiperatividade, como agitação dos pés e das mãos, o abandono da cadeira em sala de aula, falar em demasia, que conforme os autores (Rohde e Benzik, 1999; Silva, 2003, Goldstein e Goldstein, 2000, Parolin, 2005).

TABELA 12

Razões para o Aluno Hiperativo Perturbar a Sala de Aula		
Nº	Razões Apresentadas pelos Sujeitos	Quantitativo
1	Atividades individuais	05
2	Aulas monótonas	07
3	Atividades que exijam muita concentração	02
4	Conteúdo descontextualizado	02
5	Atividades muito fáceis	03
6	Falta de estímulo	04
7	Baixo nível de auto-estima	04
8	Indisciplina	01
9	Professor não tem domínio da sala	05
10	Ausência de atividades lúdicas	03
11	Ausência de material concreto	02
12	Ausência de regras claras	02
13	Ausência de limites impostos pelos pais	04
14	Leitura silenciosa	01
15	O comportamento dos outros alunos	02
16	Dificuldade do aluno de organização	02
17	Facilidade em dispersar	03

Os dados da tabela 12, poderão ser melhor visualizados na figura 3.

Figura 3.



No que se referem as razões para que o aluno hiperativo apresente dificuldades de aprendizagem, os sujeitos entrevistados foram solicitados a citarem 5 razões. As respostas foram categorizadas, sendo dispostas na tabela 13. Cinco dos sujeitos entrevistados não responderam esta questão. As categorias se dividem em questões relacionadas à prática pedagógica e a questões referentes ao comportamento do aluno ou a suas dificuldades. Um dado interessante foi que cinco dos sujeitos apontam como causa da dificuldade de aprendizagem do aluno hiperativo, dificuldades emocionais, não tendo sido elucidado a que se referem estas dificuldades. Entretanto, vários sujeitos apontaram como causas da dificuldade de aprendizagem, as características principais do transtorno do déficit de atenção: agitação motora excessiva e a dificuldade de atentar aos estímulos.

TABELA 13

A	Aulas expositivas
B	Falta de recursos
C	Falta de atividades interessantes
D	Não conseguir concentrar numa atividade
E	Dificuldades emocionais
F	Desintegração com o grupo
G	Falta de atenção
H	Dificuldade de integração social
I	Desinteresse
J	Ausência de senso crítico
K	Déficit do desenvolvimento mental
L	Conversa intermitente
M	Dificuldade em iniciar as tarefas
N	Inquietação constante
O	Inexperiência do professor
P	Ausência de acompanhamento familiar.
Q	Desgosto pela vida.

Em relação ao aluno que apresenta o transtorno do déficit de atenção sem hiperatividade, TDA, os sujeitos entrevistados apresentaram causas para a

dificuldade de aprendizagem, que consistiram em 19 categorias. Estas categorias estão dispostas na tabela 14. Três dos sujeitos entrevistados não responderam. As respostas que referem á atenção foram agrupadas em uma categoria somente.

TABELA 14

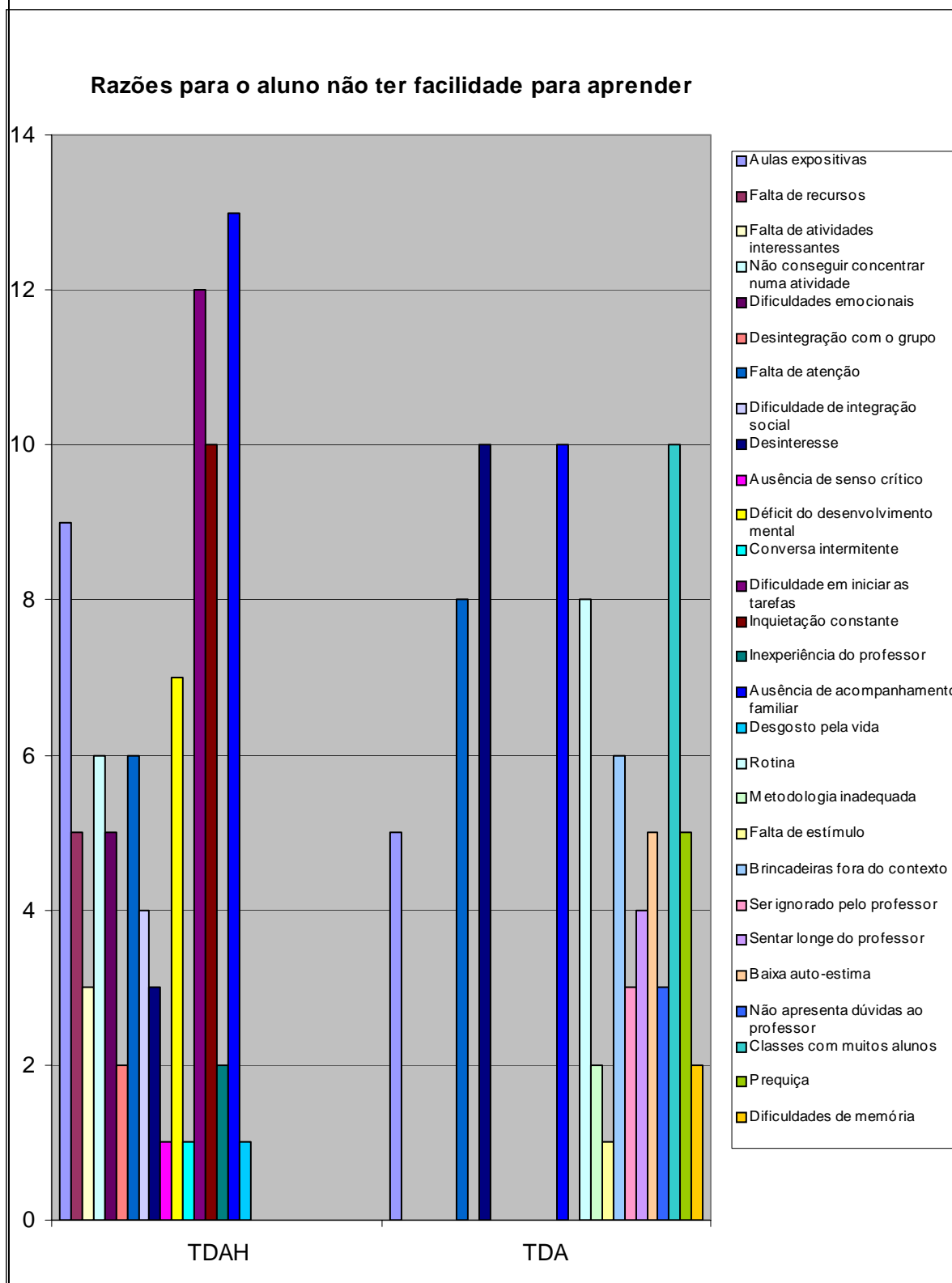
A	Rotina
B	Aulas expositivas
C	Metodologia inadequada
D	Falta de interesse
E	Falta de atenção
F	Falta de estímulo
G	Falta de apoio dos pais
H	Brincadeiras fora do contexto
I	Ser ignorado pelo professor
J	Posição na sala de aula (longe do professor)
K	Baixo nível de auto-estima
L	Falta de compreensão da família
M	Não apresenta dúvidas ao professor
N	Classes com muitos alunos
O	Preguiça
P	Dificuldades de memória

Ao analisar os motivos descritos pelos sujeitos pelos quais os alunos hiperativos não apresentam facilidade para o aprendizado, percebe-se que alguns deles demonstram conhecer algumas características da hiperatividade, pois conforme autores (Topczewski, 2000, Rohde e Benzik, 1999; Silva, 2003, Goldstein e Goldstein, 2000), a criança hiperativa apresenta-se dispersa e desatenciosa, o que prejudica o seu desempenho escolar. Estes dados estão dispostos na tabela 15. Um gráfico demonstrativo está representado na figura 4.

TABELA 15

Razões para o aluno não ter facilidade para aprender			
Nº	Razões Apontadas Pelos Sujeitos	TDAH	TDA
1	Aulas expositivas	9	5
2	Falta de recursos	5	00
3	Falta de atividades interessantes	3	00
4	Não conseguir concentrar numa atividade	6	00
5	Dificuldades emocionais	5	00
6	Desintegração com o grupo	2	00
7	Falta de atenção	6	8
8	Dificuldade de integração social	4	00
9	Desinteresse	3	10
10	Ausência de senso crítico	1	00
11	Déficit do desenvolvimento mental	7	00
12	Conversa intermitente	1	00
13	Dificuldade em iniciar as tarefas	12	00
14	Inquietação constante	10	00
15	Inexperiência do professor	2	00
16	Ausência de acompanhamento familiar	13	10
17	Desgosto pela vida	1	00
18	Rotina	00	8
19	Metodologia inadequada	00	2
20	Falta de estímulo	00	1
21	Brincadeiras fora do contexto	00	6
22	Ser ignorado pelo professor	00	3
23	Sentar longe do professor	00	4
24	Baixa auto-estima	00	5
25	Não apresenta dúvidas ao professor	00	3
26	Classes com muitos alunos	00	10
27	Preguiça	00	5
28	Dificuldades de memória	00	2

Os dados da tabela 14 serão melhor visualizados na figura 4.



Considerações Finais

A hiperatividade, tema desta monografia, pode ser percebida desde cedo nos indivíduos, tornando-se mais evidente entre crianças e adolescentes em idade escolar, ocasionando problemas que afetam a sua vida social.

Lidar com crianças que apresentam o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade em sala de aula é um grande desafio para os professores, pois a desatenção, a agitação, o excesso de atividade, a emotividade e a impulsividade afetam a integração da criança no ambiente escolar. Os amigos começam a discriminá-la por se sentirem incomodados devido ao comportamento que apresenta: é muito impaciente, não respeita as regras do grupo e muitas vezes quer impor a suas próprias regras. Este comportamento tem como consequência o isolamento social, fator agravante para o estado emocional do hiperativo.

Por ser um problema que é mais evidente em indivíduos em idade escolar, o tema passou a ser foco de interesse de pesquisadores que tentam através de um diagnóstico preciso, amenizar as consequências do transtorno, enquanto não se descobre a cura.

Os profissionais da área de educação, especialmente os professores que lidam mais diretamente com as crianças precisam estar atentos, acompanhando as atitudes do aluno em sala de aula pois a hiperatividade não é um sintoma que aparece isolado, mas acompanhado por outras manifestações.

As escolas têm recebido crianças com diversas dificuldades, sendo necessário que os seus profissionais busquem informações por meio de leituras, debates, troca de experiências, cursos de aperfeiçoamento, dentre outros, para que saibam como lidar com as diferentes situações, respeitando a individualidade de cada criança.

Esta pesquisa busca oferecer um auxílio para estes profissionais, fornecendo meios que os auxiliarão no trabalho com as crianças com TDAH, através do conhecimento do histórico do transtorno, da etiologia, da evolução, implicações educacionais e cuidados com o diagnóstico.

É necessário que os educadores percebam a importância da mudança de postura de simples transmissores de conhecimentos e passem a ser construtores

de conhecimento juntamente com as crianças, aproveitando e valorizando cada oportunidade oferecida por elas.

Os profissionais da saúde estão se especializando cada vez mais nessa área, para que possam de uma maneira correta orientar os familiares e professores, contribuindo para um melhor desempenho em todos os sentidos dessas crianças.

A filosofia corrente de tratamento múltiplo para a hiperatividade requer que os problemas de cada criança sejam abordados de uma maneira abrangente. Uma abordagem de tratamento único não tem se mostrado e não se mostrará eficaz no trato de todos os problemas experimentados pelas crianças hiperativas. Educação, controle comportamental, orientação grupal e individual intervenção pedagógica e medicação têm se mostrado um conjunto adequado de tratamentos para a hiperatividade. A avaliação e o controle eficaz da hiperatividade é uma realidade, mas exige tempo, esforço, dedicação e compreensão por parte da escola e da família.

RELAÇÃO DE TABELAS

Tabelas	Página
Tabela 1	43
Tabela 2	44
Tabela 3	45
Tabela 4	46
Tabela 5	48
Tabela 6	50
Tabela 7	51
Tabela 8	52
Tabela 9	53
Tabela 10	55
Tabela 11	57
Tabela 12	58
Tabela 13	60
Tabela 14	61
Tabela 15	62

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

1. BARKLEY (1987). **Necessidades educativas especiais/** Rafael Bautista Jiménez. – Lisboa - Portugal: Dinalivro, 1997.
2. BENCZIK, Edyleine Bellini P. **Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: Atualização diagnóstica e terapêutica.** / Edyleine Peline Peroni Benczik – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
3. BRASIL. **Diretrizes nacionais de educação especial para a educação básica.** Brasília. MEC/SEESP, 2001.
4. CARVALHO, Rosita Edler in. Por uma escola diferente in. **Revista Presença Pedagógica** - 1999.
5. GARCIA (1995). **Necessidades educativas especiais/** Rafael Bautista Jiménez. – Lisboa - Portugal: Dinalivro, 1997.
6. GOLDSTEIN, Sam. **Hiperatividade: Como desenvolver a capacidade de atenção da criança** / Sam Goldstein, Michael Goldstein; tradução de Maria Celeste Marcondes. – Campinas, SP: Papirus, 1994. – (Série Educação Especial)
7. GUIA DE FORMAÇÃO PARA PROFESSORES DAS SÉRIES INICIAIS. **Componente Curricular Educação Inclusiva.** Livro 5. UniCEUB. Brasília, 2003.
8. JIMÉNEZ, Rafael B. **Necessidades educativas especiais/** Rafael Bautista Jiménez. – Lisboa - Portugal: Dinalivro, 1997.
9. LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli, E.D. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas.** São Paulo. EPU. 1986

10. MATTOS, Paulo. **No Mundo da Lua: Perguntas respostas sobre transtornos de déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos** / Paulo Mattos.- São Paulo: Lemos Editorial, 2001.
11. MONTAÑAN, Maria Teresa Eglér. Por uma escola diferente in. **Revista Presença Pedagógica** - 1999.
12. PAROLIN, Isabel Cristina Hierro. Avaliação Psicopedagógica para Crianças com Hiperatividade e Insucesso Escolar. **Revista Aprender Virtual** – 2005.
13. RATZKA, Adolph. Por uma escola diferente in. **Revista Presença Pedagógica** - 1999.
14. ROHDE, Luís Augusto P. **Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade: o que é? Como ajudar?** / Luís Augusto P. Rohde; Edyleine B. P. Benczik. – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
15. RHODE, Luis Augusto; FILHO, Eurípedes Constantino Miguel et al. Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade na Infância e na Adolescência: Considerações Clínicas e Terapêuticas. **Revista Psiquiatria Clínica**, 2004, 31 (3); 124-131.
16. SAFER E ALLEN (1979). **Necessidades educativas especiais/** Rafael Bautista Jiménez. – Lisboa - Portugal: Dinalivro, 1997.
17. SILVA, Ana Beatriz B. **Mentes Inquietas: Entendendo Melhor o Mundo das Pessoas Distraídas e Hiperativas.** São Paulo: Editora Gente, 2003
18. SMITH, Corine. **Dificuldades de Aprendizagem de A a Z** / Corine Smith e Lisa Strick; trad. Dayse Batista. – Porto Alegre: ARTMED Editora, 2001.
19. STRAUSS e seus colaboradores (1993). **Necessidades educativas especiais/** Rafael Bautista Jiménez. – Lisboa - Portugal: Dinalivro, 1997.

20. TOPCZEWSKI, Abram. **Hiperatividade: como lidar?** / Abram Topczewski. – São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999
21. VALLET (1980). **Necessidades educativas especiais**/ Rafael Bautista Jiménez. – Lisboa - Portugal: Dinalivro, 1997.
22. VELASCO, Fernández.. **Necessidades educativas especiais**/ Rafael Bautista Jiménez. – Lisboa - Portugal: Dinalivro, 1997.
23. WERNECK, Cláudia. Por uma escola diferente in. **Revista Presença Pedagógica** - 1999.
24. ZUIN, Elenice de Souza L. Por uma escola diferente in. **Revista Presença Pedagógica** - 1999.

